

**LAPORAN AKHIR TAHUN
PENELITIAN DISERTASI DOKTOR**



**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STIGMA SOSIAL
TERHADAP PASIEN GANGGUAN JIWA PADA REMAJA DI SUMATERA BARAT**

Tahun ke-1 dari rencana 1 tahun

PENGUSUL

Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep (0015098406)

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ANDALAS

NOVEMBER, 2018

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan stigma sosial terhadap gangguan jiwa dan dampaknya pada remaja di Sumatera Barat

Peneliti/Pelaksana
Nama Lengkap : RIKA SARFIKA, S.Kep, Ners, M.Kep
Perguruan Tinggi : Universitas Andalas
NIDN : 0015098406
Jabatan Fungsional : Asisten Ahli
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Nomor HP : 085274833083
Alamat surel (e-mail) : rikasarfika@nrs.unand.ac.id

Institusi Mitra (jika ada)
Nama Institusi Mitra : -
Alamat : -
Penanggung Jawab : -
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 1 tahun
Biaya Tahun Berjalan : Rp 48,030,000
Biaya Keseluruhan : Rp 48,030,000

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan


(Prof. Dr. dr. Rizanda Machmud, M.Kes,
FISPH, FISCM)
NIP/NIK 196712081997022001

Kota Padang, 12 - 11 - 2018

Ketua


(RIKA SARFIKA, S.Kep, Ners, M.Kep)
NIP/NIK 198409152014042002

Menyetujui,
Ketua LPPM


(Dr. Ang Uyang Gatot S Dinata, MT)
NIP/NIK 196305291984122001

RINGKASAN

Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini termasuk Sumatera Barat yaitu merupakan peringkat ke 9 dengan jumlah gangguan jiwa sebanyak 50.608 jiwa dan prevalensi masalah skizofrenia pada urutan ke-2 sebanyak 1,9 permil. 75% penderita skizofrenia mulai mengidapnya pada usia 16-25 tahun. Usia remaja dan dewasa muda paling beresiko karena pada tahap ini, kehidupan manusia penuh dengan berbagai tekanan (stresor). Stigmatisasi terhadap penderita gangguan jiwa telah terbukti mempengaruhi sikap remaja dalam mencari bantuan terkait masalah kesehatan jiwanya 5 yang pada akhirnya mempengaruhi perilaku terhadap mencari bantuan selanjutnya. Prasangka yang dialami oleh individu yang mengalami gangguan jiwa dapat menyebabkan stigmatisasi. Stigma dalam masyarakat yang masih berkembang tentang gangguan jiwa telah membuat penderita gangguan jiwa mengalami kesulitan dalam mendapatkan hak-hak pribadinya. Stigma adalah pandangan negatif yang telah diterima dan menjadi sumber perhatian di masyarakat. Oleh karena itu, berdasarkan permasalahan ini dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi stigma sosial terhadap gangguan jiwa pada remaja. Metode penelitian ini menggunakan *mix method* dengan pendekatan sequensial design dimana diawali dengan studi kualitatif kemudian dilanjutkan dengan studi kuantitatif. Hasil penemuan studi kualitatif menemukan 5 tema yaitu pengetahuan, sikap pribadi terhadap penderita gangguan jiwa, sikap terhadap tenaga kesehatan profesional, keyakinan masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa, keyakinan pribadi terhadap gangguan jiwa, dan status sosial ekonomi. faktor yang paling berhubungan dengan stigma gangguan jiwa di kalangan remaja yaitu sikap terhadap tenaga kesehatan profesional dan keyakinan terhadap penderita gangguan jiwa. Luaran penelitian ini akan direncanakan publish di jurnal internasional bereputasi dan HAKI berupa draft pendaftaran kekayaan intelektual. Penelitian ini merupakan bagian dari penelitian disertasi sehingga ditargetkan pengusul bisa menyelesaikan studi S3 di awal tahun 2019.

Kata Kunci: Remaja, stigma sosial, gangguan jiwa

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
RINGKASAN	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	14
BAB 3 TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	38
BAB 4 METODE PENELITIAN	40
BAB 5 HASIL DAN LUARAN YANG DI CAPAI	51
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	55
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Remaja merupakan generasi penerus yang menjadi penentu dalam mewujudkan cita-cita suatu bangsa. Kelompok remaja termasuk populasi yang besar dalam jumlah penduduk dunia. *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 menyatakan 18% dari penduduk di dunia atau sekitar 1,2 milyar adalah remaja. Di Indonesia, jumlah penduduk remaja sebesar 26,67% dari 237,6 juta jiwa penduduk Indonesia (BKKBN, 2011). Data WHO (2017) menunjukkan jumlah penduduk remaja usia 13-17 tahun pada tahun 2015 sebesar 9,1% atau sebesar 23,4 miliar dari total penduduk Indonesia. Jumlah remaja laki-laki sebesar 12 miliar jiwa, sedangkan remaja perempuan sebesar 11,4 miliar. Perkiraan Badan Pusat Statistik (BPS) (2015) bahwa Indonesia pada tahun 2035 akan mendapatkan bonus demografi, yakni jumlah penduduk usia produktif lebih besar dari usia anak dan lansia. Usia produktif yang dimaksud pada tahun 2035 adalah individu yang berada pada usia anak dan remaja saat ini. Oleh karena itu, jumlah remaja yang cukup besar saat ini merupakan aset bangsa yang harus dijaga dan dioptimalkan tumbuh kembang dan kesehatannya baik fisik maupun mental agar dapat mewujudkan cita-cita bangsa.

Remaja didefinisikan sebagai individu yang berada pada masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, yang melibatkan perubahan baik fisik, psikis, maupun sosial yang menyebabkan remaja dalam kondisi rawan pada proses pertumbuhan dan perkembangannya (Garzon & Dunn, 2018). Masa remaja adalah tahap perkembangan unik yang terjadi antara usia 11- 20 tahun dimana terjadi perubahan *mood* yang sangat cepat (*swing*) sehingga seringkali menimbulkan kondisi stres (Stuart, 2013). Konflik yang tidak bisa diselesaikan dengan baik dapat

berujung kepada perilaku menyimpang dan bahkan gangguan psikotik (Fontaine, 2009).

Banyak gangguan kesehatan jiwa dimulai pada usia remaja (Stuart, 2013; Varcarolis, 2013). Jika mereka tidak terdiagnosa dan tidak ditangani, maka dapat berlanjut pada usia dewasa sehingga sering menjadi penyakit kronik (Stuart, 2013). Gangguan jiwa yang umum terjadi pada usia anak dan remaja adalah gangguan *mood* (depresi dan gangguan suasana hati lainnya), gangguan kecemasan, ADHD skizofrenia, gangguan perilaku, gangguan kognitif, gangguan emosional serius, dan penyalahgunaan zat (Soerachman, 2007; Shives, 2012; Varcarolis, 2013). Skizofrenia merupakan jenis psikosis yang menempati urutan teratas dari seluruh urutan gangguan jiwa yang ada dan sering dimulai pada usia remaja (Lee & Schepp, 2013). Satu dari sepuluh anak dan remaja mengalami gangguan kecemasan. Satu dari sepuluh remaja mengalami gangguan perilaku, 1 dari 33 remaja mengalami gangguan *mood*, 3 dari 1.000 remaja mengalami skizofrenia, dan 1 dari 10 remaja mengalami gangguan emosional pada waktu tertentu (Shives, 2012).

Diperkirakan hampir 20,9% prevalensi gangguan jiwa terjadi pada anak usia 9 sampai 17 tahun (Bostic & Prince, 2008 dalam Varcarolis, 2013). Data *National Institute of Mental Health* (NIMH) (2017) mengungkapkan bahwa di tahun 2016 sebanyak 44,7 juta jiwa penduduk dewasa Amerika usia 18 tahun ke atas mengalami gangguan jiwa atau sebesar 18,3% dari total seluruh penduduk Amerika. Pada remaja usia remaja 13-18 tahun diperkirakan sekitar 49,5% dan 22,2% diantaranya mengalami gangguan jiwa berat. Prevalensi gangguan jiwa terbanyak terdapat pada remaja usia 17-18 tahun (56,7%), kemudian di ikuti remaja usia 15-16 tahun (49,3%) dan remaja usia 13-14 tahun (45,3%) (NIMH, 2017). Data *Global School Health Survey* (GSHS) tahun 2007 mengungkapkan bahwa secara global, sekitar 20% anak dan remaja menderita gangguan jiwa yang menyebabkan penurunan kemampuan signifikan pada anak. Sekitar 1 dari 5 anak dan remaja dari semua usia di USA

menderita gangguan jiwa berat yang menyebabkan gangguan yang signifikan dirumah, sekolah, dan dengan teman sebaya (*peers*) (Black & Andreasen, 2011 dalam Varcarolis, 2013). Data diatas menunjukkan bahwa remaja memiliki resiko tinggi mengalami gangguan jiwa.

Di Indonesia, permasalahan kesehatan jiwa juga sangat besar. Data Riset Kesehatan Dasar ^(Riskesdas) tahun 2013 mengungkapkan bahwa jumlah penderita gangguan jiwa tercatat sebanyak 236 juta jiwa, dengan kategori gangguan jiwa emosional atau ringan dan gangguan jiwa berat. Prevalensi gangguan jiwa ringan (gejala-gejala depresi dan ansietas) pada penduduk usia 15 tahun ke atas sebesar 6% atau sekitar 14 juta jiwa penduduk. Sedangkan, prevalensi gangguan jiwa berat (seperti gangguan psikosis atau skizofrenia) sebesar 1,7 per 1000 penduduk atau lebih dari 400.000 jiwa dari 240 juta jiwa penduduk, 14,3% diantaranya (57.000 kasus) mengalami pemasangan pada tahun 2013. Setengah dari semua kasus gangguan jiwa seumur hidup dimulai pada usia 14 tahun (Soerachman, 2007). Tanda dan gejala masalah kesehatan jiwa yang menjadi perhatian dalam 12 bulan terakhir pada remaja adalah ansietas (yang menyebabkan remaja tidak bisa tidur karena perasaan takut) sebesar 5%, kesepian (perasaan sendiri yang sering dirasakan atau hampir selalu dirasakan) sebesar 7%, tidak memiliki teman sebesar 3% (WHO, 2017). Data *Global School Health Survey* (GSHS) (2015) menunjukkan bahwa proporsi gangguan mental emosional (kesepian, kecemasan dan ingin bunuh diri) pada remaja di Indonesia sebesar 62,38%, sebanyak 57,73% diantaranya terjadi pada remaja laki-laki dan 66,82% terjadi pada remaja perempuan (Kusumawardani, 2015). Data ini menunjukkan besarnya masalah kesehatan jiwa pada remaja di Indonesia saat ini, dan mengisyaratkan perlunya penanganan yang serius dari pemerintah.

Di Sumatera Barat, prevalensi gangguan jiwa ringan lebih rendah dari prevalensi nasional yakni sebesar 4,5%. Sebanyak 3,5% di antaranya terdapat pada kelompok usia 15-24 tahun. Sedangkan, prevalensi gangguan jiwa berat di Sumatera

Barat lebih besar dari prevalensi nasional yakni sebesar 1,9 per mil dan 14,3% kasus pemasangan pada kasus gangguan jiwa berat. Sementara di Kota Padang sendiri, prevalensi gangguan mental emosional sebesar 2,9%, sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 1,1 per mil. Meskipun angka ini terlihat lebih rendah dari provinsi, namun persentase cakupan pengobatan penderita gangguan jiwa ringan dalam 2 minggu terakhir di Kota Padang sangat rendah yaitu hanya sekitar 11,5%, dan pada kelompok usia 15-24 tahun hanya 9,4% dari total cakupan. Menurut Data Dinas Kesehatan Kota Padang (2016) mengungkapkan bahwa jumlah kunjungan kasus gangguan jiwa di Puskesmas se kota Padang sebanyak 9.665 kunjungan, dengan jumlah kasus baru sebesar 1.158 kasus dan kasus lama 8.497 kasus. Kunjungan terbanyak adalah gangguan psikotik (5.641 kunjungan), kemudian disusul oleh kasus neurotik (1.261 kunjungan), epilepsi (1.204 kunjungan), gangguan jiwa lainnya (958 kunjungan), gangguan belajar (553 kunjungan), retardasi mental (31 kunjungan), dan NAPZA (17 kunjungan). Data dari laporan kemajuan PIS-PK (Program Indonesia Sehat menggunakan Pendekatan Keluarga) yang dilakukan oleh Kemenkes RI pada akhir Februari 2018 mengungkapkan bahwa Sumatera Barat memiliki indeks keluarga sehat (IKS) 0,137%, angka ini lebih rendah dari nasional dimana IKS nasional sebesar 0,157% (Trihono, 2018). Semua data di atas menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa di provinsi Sumatera Barat memerlukan perhatian dan penanganan yang tepat agar tidak menghambat pembangunan daerah di sektor kesehatan.

Faktor penyumbang besarnya masalah kesehatan jiwa di Indonesia antara lain adalah NAPZA. Data yang dikeluarkan oleh Badan Narkotika Nasional (2011) mengungkapkan bahwa dalam satu tahun terakhir terdapat kurang lebih 2,2% dari penduduk atau sekitar 3,8 juta jiwa menggunakan NAPZA dengan 1,8 juta diantaranya merupakan pengguna reguler. Data WHO (2017) menunjukkan penyalahgunaan zat pada remaja sebesar 14% dari total penduduk remaja, 69%

diantaranya adalah pengguna tembakau saja, 9% pengguna alkohol saja, 1% pengguna marijuana saja, dan 21% pengguna ketiga zat tersebut. Selain itu, kormobiditas gangguan jiwa pada penderita gangguan medik umum juga merupakan suatu masalah yang mempengaruhi besarnya angka gangguan jiwa. Sebanyak 25% pasien dalam penatalaksanaan medis umum mengalami depresi dengan berbagai variasinya (Direktorat Keswa, 2014). Diperkirakan depresi akan menjadi beban penyakit secara global (WHO, 2015). WHO memperkirakan depresi sebagai penyakit kedua terbesar pada tahun 2020, dan menjadi pertama terbesar pada tahun 2030 berdasarkan DALY's (*Global Burden of Disease*, 2004). Depresi mayor terjadi pada remaja sebanyak 4%-8%, dan sebanyak 20-25% remaja yang mengalami depresi akan berkembang menjadi gangguan penyalahgunaan zat. 70% remaja akan mengalami kekambuhan pada lima tahun awal terjadinya depresi mayor (Stuart, 2016). Data ini menggambarkan bahwa permasalahan kesehatan jiwa pada remaja sangatlah kompleks.

Ada beberapa faktor prediktor gangguan jiwa pada remaja diantaranya yaitu pengalaman sekolah (*peer group*) dan kedekatan orangtua-remaja (*perceived parental engagement*). Data WHO (2017) mengungkapkan sebanyak 21% remaja memiliki pengalaman *bullying* di sekolah. Remaja yang memiliki pengalaman *bullying* menimbulkan dampak negatif terhadap remaja itu sendiri antara lain pernah melakukan percobaan bunuh diri sebanyak 9%, ansietas 10%, merasa kesepian 14%, merokok 19%, menggunakan alkohol 9%, dan menggunakan marijuana 2%. Sedangkan, pada *parental engagement* yang rendah juga dapat menimbulkan dampak negatif terhadap remaja antara lain percobaan bunuh diri sebesar 5%, ansietas %, kesepian7%, menggunakan rokok 17%, menggunakan alkohol 6%, dan menggunakan marijuana 2%. Data ini menggambarkan bahwa persoalan kesehatan jiwa pada remaja sangatlah unik yang membutuhkan teknik dan pendekatan yang khusus dalam menanganinya.

Gangguan jiwa, penyalahgunaan zat, depresi dan gangguan jiwa yang lain berkaitan dengan perilaku yang membahayakan diri seperti bunuh diri (WHO, 2013). Setiap tahun, sekitar 4 juta remaja mencoba bunuh diri di seluruh dunia. Bunuh diri adalah penyebab utama kematian ketiga di kalangan remaja (Soerachman, 2007). Diperkirakan perilaku bunuh diri dalam 12 bulan terakhir pada usia 15-29 tahun sebesar 3,6 per 100.000, dengan kriteria yaitu memiliki ide bunuh diri sebesar 5%, ide bunuh diri sudah memiliki rencana sebesar 6% dan sudah melakukan upaya bunuh diri sebesar 4% (WHO, 2017). Sebanyak 5-10% remaja depresi akan melakukan tindakan bunuh diri dalam rentang 15 tahun dari awal episode depresi mayor dan rata-rata bunuh diri pada pria lima kali lebih banyak daripada wanita (Stuart, 2016). Di Indonesia, laporan Mabes Polri tahun 2012 ditemukan bahwa angka bunuh diri sekitar 0,5% dari 100.000 populasi atau sebanyak 1.170 kasus yang dilaporkan dalam satu tahun (Kemenkes RI, 2017). Dari data ini, dapat dilihat bahwa masalah kesehatan jiwa dapat berakibat fatal bagi remaja itu sendiri. Maka dari itu, permasalahan gangguan jiwa menjadi skala prioritas pemerintah di sektor kesehatan dalam mencapai Program Indonesia Sehat (PIS).

Gangguan jiwa adalah kontributor terbesar kecacatan pada anak dan remaja (Mathews et al., 2011). Seperti penyakit lain pada anak-anak, gangguan kejiwaan dapat mengganggu pola normal perkembangan anak dan dapat membawa dampak buruk dalam hal harapan, impian, dan cita-cita (Varcarolis & Halter, 2010). Gangguan jiwa didefinisikan sebagai suatu kondisi gangguan psikologis yang terkait dengan gangguan berfikir, perasaan, mood, perilaku, interaksi interpersonal dan atau gangguan melakukan aktivitas sehari-hari yang menyebabkan ketidakmampuan mengontrol kepribadian, pikiran dan emosi sehingga dapat menimbulkan tekanan atau kecacatan (Varcarolis, 2013). Gangguan jiwa seperti depresi, skizofrenia, gangguan ansietas, dan gangguan *addictive* sering menyebabkan distress, gangguan fungsi atau keduanya (Videbeck, 2014).

Secara khusus, kecacatan terjadi akibat mengalami gangguan mental kronik dan seringkali diperburuk dengan penundaan mencari bantuan (Harris, et al, 2005; De Girolamo et al., 2012). Secara global, lebih dari 70% orang gangguan jiwa tidak mendapat perawatan dari petugas layanan kesehatan (Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013). Diperkirakan dua pertiga remaja dengan gangguan jiwa tidak mendapatkan bantuan sebagaimana mestinya (Varcarolis, 2013). Di Amerika Serikat (USA), diperkirakan 13% - 20% anak-anak memerlukan layanan kesehatan jiwa. Namun, hanya setengah dari mereka yang terdiagnostik gangguan kesehatan jiwa mengunjungi pelayanan kesehatan dan kurang dari 20% menerima perawatan yang mereka butuhkan, sedangkan pada gejala-gejala yang ringan cenderung didiabaikan (Wallman, 2015; dalam Garzon, 2018). Sebesar 22,8% melakukan perawatan di pelayanan khusus kesehatan jiwa, sementara yang melakukan perawatan di pelayanan kesehatan primer hanya sekitar 10% (Garzon, 2018). Demikian juga di Indonesia, hanya sekitar 10% penderita gangguan jiwa yang mengakses layanan kesehatan jiwa (Direktorat Bina Kesehatan Jiwa, 2014). Data ini menunjukkan bahwa kecenderungan remaja menyimpan masalahnya sendiri dan kurangnya kesadaran remaja ataupun lingkungannya dalam menjaga kesehatan jiwa.

Ada beberapa faktor yang dapat menghambat remaja dan keluarga dalam mencari bantuan kesehatan jiwa. Faktor-faktor tersebut antara lain visibilitas sosial, kurangnya kerahasiaan, budaya kemandirian (Boyd et al., 2007), dan stigma (Boyd et al., 2007; Rose, Thornicroft, Pinfold, & Kassam, 2007; Fung et al., 2016; Mccann, Renzaho, Mugavin, & Lubman, 2017). Stigma dan kesalahpahaman dapat menyebabkan remaja dan keluarga menyembunyikan kondisi kesehatan jiwa yang dialami oleh remaja dan bahkan membatasi pencarian bantuan dan perawatan profesional (Sewilam et al., 2015; Varcarolis & Halter, 2010). Selain itu, faktor budaya, media sosial (seperti film tentang penyakit jiwa), komunikasi keluarga juga dapat mempengaruhi remaja dalam mencari bantuan kesehatan (Goodwin, Savage, &

Horgan, 2016). Faktor *self-efficacy*, jenis kelamin (Al-Krenawi, et al., 2009; dalam Goodwin, Savage and Horgan, 2016) dan kurangnya pengetahuan tentang kesehatan jiwa juga menjadi faktor penting yang menyebabkan remaja enggan mencari bantuan ke pelayanan kesehatan (Fung et al., 2016).

Orang yang menderita gangguan jiwa adalah orang yang paling rentan mendapatkan stigma, diskriminasi, dipinggirkan atau dijauhkan, dan orang yang tidak berguna di masyarakat (Johnstone, 2001). Gambaran umum penyakit jiwa pada umumnya sangat negatif. Gangguan jiwa di anggap sebagai penyakit yang berbahaya, sikap merugikan, dan orang yang tidak bisa dilibatkan dalam hal apapun (Clark et al., 2013). Orang dengan penyakit jiwa dianggap dapat melakukan kejahatan seperti melukai bahkan membunuh (Fitzpatrick, 2015). Istilah terhadap gangguan jiwa yang paling populer dikalangan remaja adalah nuts, psycho, crazy, loony, weird, freak, screw loose (Rose et al., 2007)

Stigmatisasi terhadap penderita gangguan jiwa telah terbukti mempengaruhi sikap remaja dalam mencari bantuan terkait masalah kesehatan jiwanya (Yap, Wright, & Jorm, 2011), yang pada akhirnya mempengaruhi perilaku terhadap mencari bantuan selanjutnya (Yap, Reavley, & Jorm, 2012). Goffman (1963) mengungkapkan bahwa kebanyakan orang cenderung menyembunyikan penyakitnya untuk menghindari stigma yang dapat ditimbulkan akibat penyakitnya tersebut. Tiga dari empat orang dengan gangguan jiwa berat tidak mendapat pengobatan dan mereka terpapar dengan berbagai pelanggaran hak asasi manusia (WHO, 2015b). Hampir dua pertiga orang yang didiagnosis gangguan jiwa tidak mencari bantuan pelayanan kesehatan (Stuart, 2016). Adanya stigma menyebabkan masyarakat enggan membawa Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) mencari pengobatan medik, rendahnya utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan di bidang kesehatan serta rendah nya minat menjadi tenaga kesehatan jiwa (Direktorat Bina Keswa, 2014).

Reaksi dan anggapan negatif masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa merupakan inti dari banyaknya masalah yang dihadapi oleh penderita gangguan jiwa. Hanya sekitar 3% - 5% tindakan kekerasan yang dilakukan oleh penderita gangguan jiwa disebabkan karena gejala-gejala pada penyakit jiwa yang serius (Fitzpatrick, 2015). Padahal faktanya, stigma masyarakat terhadap penyakit jiwa dapat memberikan pengaruh negatif pada penderita gangguan jiwa. Stigma berdampak pada kehidupan penderita jiwa. Stigma diri dapat menyebabkan terjadinya penghindaran, sehingga menghambat penderita gangguan jiwa dalam mencari layanan kesehatan untuk menghindari label stigmatisasi (Corrigan, 2015). Sedangkan stigma masyarakat dapat menyebabkan terjadinya prasangka (*prejudice*) dan diskriminasi yang dapat melemahkan penderita gangguan jiwa dalam mencapai tujuan hidup seperti pekerjaan, kehidupan mandiri, dan membina hubungan pribadi (Aznar-Lou, Serrano-Blanco, Fernández, Luciano, & Rubio-Valera, 2016; Corrigan, 2015).

Sementara pada remaja, dampak stigma dapat menyebabkan remaja berhenti sekolah (40%), tidak bersosialisasi dengan teman-temannya (54%), dan mencoba untuk melakukan bunuh diri (26%) (Chisholm et al., 2016). Selain itu, stigma juga dapat menyebabkan pelanggaran hak asasi manusia yang dialami oleh penderita gangguan jiwa (WHO, 2015a).

Paling banyak stigma yang dirasakan dari kolega dan kenalan (Bos, Kanner, Muris, Janssen, & Mayer, 2009). Dan stigma yang dirasakan oleh penderita skizophrenia dan gangguan bipolar lebih tinggi dibanding penderita gangguan kecemasan (Chang, Wu, Chen, & Lin, 2016). Proporsi masyarakat yang mendiskriminasi penderita gangguan jiwa karena depresi dan *anxiety disorder* sebesar 3,8% dan 15% karena gangguan jiwa lainnya (Aznar-Lou et al., 2016).

Stigma didefinisikan sebagai tanda rasa malu, aib, atau ketidaksetujuan yang mengakibatkan seseorang ditolak, didiskriminasi, dan dilarang untuk berpartisipasi

dengan masyarakat sejumlah wilayah yang berbeda (WHO, 2001). Stigma merupakan hubungan antara atribut dan stereotip (Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010). Pasien yang mengalami stigma akan merasakan kesedihan, rasa bersalah, rasa rendah diri, keputusasaan, kesepian, ketidakgunaan, ketidakcukupan, menyesal, marah, malu, kurang percaya diri, tidak kompeten, kelemahan, ketakutan, kecemasan, dan keputusasaan. Sebagai akibat dari perasaan ini, pasien sering menunjukkan perilaku menghindar dari suatu pekerjaan, menghabiskan sepanjang hari dirumah, membaca buku, menghindari interaksi dengan orang lain, menjauh dari lingkungan, menolak usulan menikah, memilih sendirian, tidak mampu mengendalikan diri, tidak mampu membina hubungan sosial dan tidak mampu bekerja (Çuhadar & Çam, 2014).

Melihat besarnya dampak stigma gangguan jiwa pada remaja, maka diperlukan penanganan yang tepat dan cepat. Penelitian tentang cara mengurangi stigma penyakit gangguan jiwa sudah banyak dilakukan. Namun tidak semuanya berdampak positif terhadap pengurangan stigma. Diantaranya yaitu penelitian Corrigan, Powell and Michaels (2013) mengungkapkan bahwa artikel yang dimuat di koran tentang penyakit jiwa tidak semua berdampak terhadap penurunan stigma. Artikel tentang pemulihan kesehatan jiwa dapat menurunkan stigma dan meningkatkan keteguhan penderita gangguan jiwa untuk sembuh, namun artikel tentang sistem layanan kesehatan jiwa atau perawatan jiwa tidak menghasilkan perubahan yang positif terhadap stigma dan keteguhan terhadap pengobatan. Penelitian Brown (2017) tentang penggunaan video DTCA (*Direct-to-consumer-Advertising*) menunjukkan bahwa iklan obat tidak menyebabkan perubahan persepsi pada penyebab, namun dapat menyebabkan peningkatan persepsi terhadap tanda gejala, tindakan, dan pengontrolan terhadap penyakit jiwa. Hasil penelitian sistematik review yang dilakukan oleh Janoušková et al., (2017) mengungkapkan bahwa intervensi video menyebabkan perbaikan dalam sikap stigmatisasi pada

remaja tentang gangguan jiwa, video terbukti lebih efektif daripada intervensi lain seperti edukasi tatap muka maupun simulasi.

Penelitian yang dilakukan Nabors and Prodent (2002) menunjukkan bahwa layanan kesehatan jiwa berbasis sekolah pada remaja diperkotaan sangat berdampak positif terhadap peningkatan persepsi remaja tentang kesehatan jiwa. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Boyd et al (2007) mengungkapkan bahwa karakteristik layanan kesehatan jiwa berbasis sekolah yang diinginkan remaja antara lain *caring*, tidak menghakimi, tulus, *young*, dan mampu menjaga kerahasiaan. Penelitian Sweeney, Donovan, March, & Forbes (2015) menunjukkan bahwa 72% remaja akan mengakses terapi online jika mereka mengalami masalah kesehatan jiwa dan 31,9% remaja akan memilih terapi online untuk mendukung terapi yang mereka lakukan secara tatap muka. Terapi online dianggap dapat membantu remaja dalam mengenal masalahnya dan dapat mengatasi stigma serta meningkatkan aksesibilitas terhadap kesehatan jiwa.

Pemerintah Indonesia sudah berupaya mengurangi stigma gangguan jiwa yaitu melalui Upaya Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat (UKJBM), meskipun kegiatan ini belum spesifik pada upaya penanganan stigma gangguan jiwa di kalangan remaja. UKJBM merupakan upaya promotif dan preventif dengan menggunakan pendekatan masyarakat dan keluarga yang bertujuan agar penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan serta mendapat perlakuan yang layak dilingkungannya. Bentuk kegiatan promosi dan prevensi yang dilakukan seperti penyuluhan, edukasi, deteksi dini dan kegiatan lain dalam berbagai *setting* pelayanan kesehatan primer (Ditjen Bina Keswa, 2014). Namun, upaya promotif dan preventif tersebut belum memberikan hasil yang optimal terhadap peningkatan pengetahuan, sikap serta perilaku masyarakat terhadap kesehatan jiwa. Hal ini terlihat dari hasil laporan kemajuan PIS-PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga) pada akhir Februari 2018 didapatkan informasi bahwa

dari capaian 12 indikator keluarga sehat, jumlah penderita gangguan jiwa berat yang diobati dan tidak ditelantarkan secara nasional hanya sekitar 12,1%, sedangkan di Sumatera barat sendiri sekitar 14,5%. karena disebabkan oleh berbagai hambatan seperti kuantitas dan kualitas SDM yang belum memadai, sarana dan prasarana yang belum merata, layanan kesehatan jiwa yang masih terfragmentasi (Ditjen Bina Keswa, 2014; Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian untuk melihat faktor-faktor yang berkontribusi terhadap stigma gangguan jiwa di kalangan remaja Kota Padang Sumatera Barat.

1.2 Rumusan Masalah

Peningkatan angka kejadian gangguan jiwa khususnya pada remaja meningkat dari tahun ke tahun. Kondisi pasien gangguan jiwa yang mengalami penurunan kemampuan untuk mengembangkan emosional, sosial dan intelektual yang dibutuhkan dalam kehidupan, belajar dan bekerja dalam masyarakat sering menimbulkan stigma yaitu berupa pandangan negatif, kelainan mental yang tidak berguna dan sebagai sampah masyarakat. Umumnya masyarakat menunjukkan prasangka negatif, pemberian label, bahkan terjadinya diskriminasi terhadap individu dengan masalah gangguan jiwa yang dapat menyebabkan stigmatisasi pada penderita itu sendiri. Sikap tersebut juga terjadi pada remaja sehingga berdampak pada kesehatan jiwa sendiri. Adanya sikap negatif dapat memperlebar kesenjangan antara pasien dan masyarakat, menyebabkan pasien untuk benar-benar memutuskannya hubungan sosial, dan dapat menyebabkan resistensi terhadap pengobatan. Berdasarkan penjelasan latar belakang dan dari fenomena yang terjadi di lapangan, maka muncul pertanyaan apa faktor-faktor yang mempengaruhi stigma sosial terhadap gangguan jiwa pada remaja di Sumatera Barat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gangguan jiwa

2.1.1 Pengertian gangguan jiwa

Gangguan jiwa merupakan suatu kondisi medis yang mempengaruhi pikiran, *mood*, perasaan, dan kemampuan seseorang untuk berhubungan dengan orang lain dan melakukan fungsi sehari-hari (Varcarolis, 2013). Pada dasarnya, gangguan jiwa dapat dilihat sebagai hasil dari kejadian yang mencakup proses dari kecacatan biologi, psikologi, sosial, dan budaya (NAMI, 2011; dalam (Varcarolis, 2013).

2.1.2 Karakteristik gangguan jiwa

Tanda dan gejala gangguan jiwa meliputi (Varcarolis, 2013):

1. Episod depresi major

Biasanya ditandai dengan kehilangan ketertarikan atau minat dalam semua atau hampir semua kegiatan atau hiburan, menggambarkan suasana hati sebagai depresi, sedih, keputusasaan, *discourage*, larut dalam kesedihan.

2. Gangguan kontrol: tidak bersosialisasi, agresif.

Menunjukkan pola perilaku agresif yang terus-menerus dan gigih yang cenderung melanggar hak-hak dasar orang lain.

3. Skizofrenia dan gangguan jiwa lain.

Ditunjukkan dengan gejala delusi, halusinasi, manifestasi delusi dengan konten penganiayaan atau cemburu

4. Gangguan penyesuaian dengan pekerjaan atau akademik

Ditunjukkan dengan hambatan dalam kemampuan pekerjaan atau akademik, dimana sebelumnya memiliki kemampuan yang baik

5. *Dependent personality disorder*

Pasif, memungkinkan bantuan orang lain dalam mengatur kehidupan pasien karena ketidakmampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri

6. *Borderline personality disorder*

Menunjukkan pola ketidakstabilan dalam membina hubungan interpersonal, memiliki perasaan kosong yang kronik

7. Ketergantungan obat

Menggunakan zat-zat terlarang secara berulang-ulang ketika ada masalah yang berhubungan dengan substansi yang signifikan (misalnya ancaman pekerjaan, masalah keluarga, hubungan sosial, dan lain-lain).

2.2 Remaja

2.2.1 Pengertian Remaja

Masa remaja (*adolescence*) adalah masa transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa dimana terjadi kematangan psikologis individu dan telah adanya kemampuan reproduksi (Perry & Potter, 2010). Remaja adalah satu tahap perkembangan yang unik terjadi antara usia 11-20 tahun dimana terjadi perubahan baik fisik, kognitif, maupun emosional yang dapat menimbulkan kondisi stres dan memicu perilaku aneh pada remaja (Stuart, 2013). Pada masa remaja ini terdapat tiga subfase yang meliputi masa remaja awal (11-14 tahun), masa remaja pertengahan (15-17 tahun), dan masa remaja akhir (18-20 tahun) (Potter & Perry, 2010).

2.2.2 Karakteristik Remaja

Isu-isu yang berkaitan dengan perubahan normatif pada masa remaja (Scharf & Mayseless, 2007), antara lain:

1. Menghindar dari orang tua

Remaja cenderung menghabiskan waktu lebih banyak dengan teman sebaya daripada dengan orang tua atau keluarga (Larson, Richards, Moneta, Holmbeck, & Duck-ett, 1996; Youniss & Smollar, 1989 dalam Scharf & Mayseless, 2007), ada penurunan dalam kegiatan bersama dan kasih sayang fisik (*physical affection*) antara remaja dengan orang tua, dan terjadi peningkatan kebutuhan privasi (Josselson, 1980; Steinberg & Silk, 2002 dalam Scharf & Mayseless, 2007) . Selain itu, pertengkaran dan perselisihan atas masalah sehari-hari menandai hubungan orang tua – remaja, khususnya selama masa remaja awal (Collins & Laursen, 2004 dalam Scharf & Mayseless, 2007). Meskipun konflik biasanya memberikan remaja arena untuk meningkatkan keterampilan negosiasi, namun, konflik umumnya diselesaikan dengan menyerah pada keputusan orang tua. Puncak frekuensi konflik pada masa remaja awal, sementara intensitas konflik meningkat dari awal hingga remaja pertengahan (Collins & Steinberg, 2006 dalam Scharf & Mayseless, 2007).

2. Beralih ke orang lain (bukan orang tua)

3. Membentuk ikatan pasangan

4. Konvergensi dan keragaman dalam model keterikatan

5. Perbedaan individu

Setiap fase remaja memiliki karakteristik pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda. Pertumbuhan dan perkembangan remaja pada masing-masing fase remaja dipaparkan dalam tabel 2.1.

Tabel 2. 1 Karakteristik Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Karakteristik	Remaja awal (11-14 tahun)	Remaja pertengahan (14-17 tahun)	Remaja akhir (17-20 tahun)
Pertumbuhan	Kecepatan pertumbuhan mencapai puncak Timbul karakteristik seks sekunder	Pertumbuhan melambat pada anak perempuan Tinggi badan mencapai 95% tinggi badan dewasa Karakteristik seks sekunder lanjut	Matang secara fisik Pertumbuhan tubuh dan reproduktif semakin lengkap
Kognisi	Menggunakan kemampuan baru untuk pemikiran abstrak yang terbatas Meraba adanya nilai moral dan energi yang baru Perbandingan 'normalitas' dengan kelompok	Memperoleh kemampuan berfikir abstrak Memiliki kemampuan intelektual yang umumnya idealistik Memiliki perhatian terhadap masalah filsafat, politis, dan sosial	Terbentuknya pikiran abstrak Dapat menerima dan berfikir jauh Mampu meninjau masalah secara komprehensif Identitas intelektual dan fungsional telah ditegakkan
Identitas	Berfokus pada perubahan tubuh yang cepat Mencoba berbagai peran Mengukur daya tarik melalui penerimaan atau penolakan dari kelompok Memenuhi syarat yang ditegakkan teman sebaya	Mengubah citra diri Sangat egosentrik; narsisme Kecenderungan berfokus pada pengalaman dalam diri dan penemuan jati diri Sering berfantasi Idealistik Mampu memperkirakan akibat dari tingkah laku dan keputusan yang di ambil	Citra tubuh dan menjalankan peran sesuai dengan gender Identitas seksual yang matang Fase konsolidasi identitas Kepercayaan diri stabil Merasa nyaman dengan pertumbuhan fisik Telah menentukan Peran sosial
Hubungan dengan kelompok	Membangun hubungan dengan <i>peer-group</i> untuk mengatasi ketidakstabilan akibat perubahan tubuh yang cepat Peningkatan hubungan persahabatan dengan teman sesama jenis Berusaha menjadi pemimpin dalam kelompok	Kebutuhan yang kuat terhadap identitas untuk memperkuat citra diri Tingkah laku mengikuti aturan kelompok Penerimaan kelompok menjadi hal yang sangat penting Menjelajahi kemampuan untuk menarik lawan jenis	Kepentingan kelompok berkurang dan digantikan oleh hubungan persahabatan individual Keinginan membangun hubungan dengan lawan jenis Hubungan ditandai dengan saling memberi dan berbagi
Hubungan dengan orang tua	Batasan kemandirian – ketergantungan Keinginan kuat untuk bergantung pada orang tua sekaligus berusaha mandiri Tidak ada konflik besar dengan kendali orang tua	Konflik besar mengenai kemandirian dan kendali Titik rendah hubungan orangtua-anak Dorongan besar untuk bebas dari orang tua; berusaha mandiri Ingin memiliki kebebasam emosional dan irreversibel dari orang tua	Ingin bebas secara emosional dan fisik dari orangtua Tercapainya kemandirian Emansipasi hampir tercapai
Seksualitas	Eksplorasi dan evaluasi diri Banyak menghabiskan waktu bersama kelompok dibanding lawan jenis (pasangan) Kedekatan yang terbatas dengan lawan jenis	Hubungan plural mendominasi Mulai menyukai lawan jenis Eksplorasi daya tarik diri Memiliki perasaan 'jatuh cinta' Terbentuknya hubungan yang tentatif	Membentuk hubungan yang stabil dengan orang lain Peningkatan kemampuan menjalin hubungan mutual dan resiprokal Kedekatan dengan lawan jenis, komitmen dan tidak sekedar eksplorasi diri dan romantisme
Kesehatan psikologis	Perubahan suasana hati yang sangat fluktuatif Sering mengkhayal Ekspresif, temperamen, respon kemarahan dengan berbicara kasar dan memaki	Lebih fokus pada diri, lebih introspektif Cenderung menarik diri saat merasa kecewa atau terluka Perubahan emosi dalam waktu tertentu Sering merasa tidak berdaya; kesulitan meminta bantuan	Emosi menjadi lebih stabil Cenderung menyimpan kemarahan

Sumber: (Potter & Perry, 2010).

2.2.3 Tugas Perkembangan Remaja

Tugas perkembangan yang harus diselesaikan selama masa remaja meliputi (Potter & Perry, 2010):

1. Mencapai kemampuan membina hubungan yang lebih dewasa dengan teman sebaya
2. Mencapai kemampuan melaksanakan peran sosial sebagai laki-laki atau perempuan
3. Menerima perubahan fisik dan menjaga tubuh secara efektif
4. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang dewasa lainnya
5. Mempersiapkan diri untuk pernikahan dan kehidupan berkeuarga
6. Mempersiapkan diri untuk karir
7. Memperoleh seperangkat nilai dan sistem etika dalam berperilaku

2.2.4 Masalah Kesehatan Jiwa Remaja

Perilaku-perilaku yang menghambat pertumbuhan dan perkembangan remaja dapat membahayakan remaja itu sendiri. Hasil penelitian *National Research Council* (2009) mengungkapkan bahwa masalah perilaku pada masa awal remaja berhubungan dengan tingginya resiko masalah kesehatan pada saat dewasa (Stuart, 2016). Adapun masalah kesehatan jiwa yang sering terjadi pada usia remaja sebagai berikut:

1. Aktivitas seksual yang tidak sesuai

Aktivitas seksual yang dilakukan remaja adalah sebagai bentuk keinginan untuk mencapai rasa kedekatan dengan orang lain. Remaja cenderung menggunakan seks untuk mengalihkan diri dari kebutuhan lain seperti cinta, rasa aman, tekanan dari kelompok, dan menghilangkan kecemasan terhadap kemampuan seksualnya. Pada beberapa remaja, melakukan hubungan seksual sebagai cara untuk menghukum dirinya sendiri dan bisa juga terjadi karena pengaruh kontrol eksternal, contoh peran yang buruk dan kritik dari orang lain. Pada beberapa kasus, harga diri rendah dan anggapan melakukan hubungan intim membuat remaja menjadi terkenal juga membuat remaja ingin melakukan seks bebas. Kebutuhan remaja untuk mengeksplorasi dan keingintahuan akan seks membuat remaja beresiko tinggi

terjadinya infeksi HIV dan penyakit menular seksual lainnya pada remaja. Selain itu, juga dapat menyebabkan terjadinya kehamilan pada usia dini, chlamydia, gonorrhoea, sifilis, dan human papillomavirus (HPV) (Stuart, 2016).

2. Gangguan suasana hati (*mood disorders*)

a. Depresi

Depresi merupakan gangguan kesehatan jiwa yang paling umum terjadi dan bisa berdampak fatal. Remaja mengalami kesulitan menggambarkan emosi atau kondisi alam perasaannya. Remaja muda sering tidak mengeluh tentang apa yang dirasakan dan lebih bersikap suka murung serta mudah marah. Remaja yang mengalami depresi di usia antara 14-16 tahun beresiko lebih tinggi terjadinya depresi mayor pada kehidupannya dikemudian hari. Angka kejadian depresi pada remaja perempuan usia 11-15 tahun meningkat sangat tajam, sementara pada remaja laki-laki hanya sedikit meningkat. Hal ini disebabkan karena remaja perempuan lebih cemas dibanding remaja laki-laki. Remaja perempuan merasa kurang memiliki kontrol terhadap lingkungan dan situasi kehidupan yang dialaminya. Sementara, remaja laki-laki lebih cenderung berfokus eksternal pada tindakan dan aktifitasnya. Namun demikian, kedua kelompok ini memiliki resiko terjadinya depresi mayor di masa dewasa.

Remaja yang mengalami depresi memiliki persepsi negatif terhadap kehidupannya, pikiran ini akibat harga diri rendah, perasaan tidak berdaya dan distorsi kognitif yang berpengaruh dalam menyelesaikan masalah. Kondisi ini banyak dialami oleh remaja dengan riwayat keluarga yang menderita depresi. Remaja depresi juga sering mengalami keluhan fisik yang tidak jelas, sering absen dari sekolah, prestasi akademik yang buruk, masalah dalam berkonsentrasi, bicara atau bersikap menghindar, mudah bosan atau bawaan lesu, menangis yang berlebihan atau sering murung, mudah marah atau pemarah atau sikap bermusuhan, kurang tertarik membina hubungan pertemanan atau memiliki masalah

dalam membina hubungan, menurunnya interaksi dan komunikasi, menggunakan alkohol dan obat-obatan, takut mati, kurang tertarik melakukan aktifitas seperti hobi, rekreasi atau olahraga. Selain itu, gejala yang dapat terlihat pada remaja depresi adalah sensitif terhadap penolakan atau kegagalan, ceroboh, perilaku cenderung mengandung resiko, perubahan pola makan dan tidur, merasa tidak berdaya, sering atau mudah merasa terbebani, memiliki pikiran atau ekspresi tentang perilaku bunuh diri atau merusak diri (Stuart, 2016).

b. Gangguan bipolar

Remaja lebih sering mengalami fluktuasi suasana hati yang jarang di alami orang dewasa. Mereka mengekspresikan perasaannya secara berbeda dan kondisi ini harus dipahami terkait konteks perkembangannya.

3. Gangguan kecemasan (*anxiety disorder*)

Kecemasan menjadi masalah ketika anak atau remaja gagal untuk mengatasi rasa takutnya yang dikaitkan dengan tahap perkembangannya atau ketika kecemasan mengganggu fungsi normalnya. Gangguan kecemasan adalah gangguan jiwa yang paling sering terjadi pada anak dan remaja, mempengaruhi 13% anak dan remaja antara usia 9-17 tahun (Bostic & Prince, 2008 dalam Varcarolis, 2013). Gangguan kecemasan dapat disebabkan oleh kerentanan genetik, misalnya keluarga dengan riwayat kecemasan. Gangguan kecemasan dapat berkembang sebagai respon terhadap stressor dan trauma fisik atau psikososial. Teori kognitif menjelaskan bahwa kecemasan merupakan hasil dari upaya disfungsional untuk memahami masalah kehidupan.

Karakteristik gangguan kecemasan pada anak dan remaja pada umumnya sama dengan yang terlihat pada orang dewasa. Kecemasan pada anak dan remaja mungkin dimanifestasikan dengan banyak keluhan somatik seperti sakit perut, sakit kepala, mual dan muntah. Tidak jarang, kondisi ini membuat orang tua juga menjadi gangguan

kecemasan. Banyak gangguan kecemasan yang berkembang hingga dewasa. Salah satu gangguan kecemasan yang spesifik pada anak atau remaja adalah kecemasan terhadap perpisahan. Misalnya perpisahan dengan orang tua karena perceraian atau kematian (Varcarolis, 2013).

4. Bunuh diri

Kebanyakan bunuh diri dilakukan remaja karena pengaruh obat-obatan dan penggunaan alkohol, kematian anggota keluarga, bermasalah di sekolah, terlibat masalah hukum, putusnya hubungan atau mengalami penolakan, penghinaan, kehilangan. Kebanyakan kasus bunuh diri terjadi setelah jam sekolah dan di rumah. Remaja laki-laki berusia 15-19 tahun memiliki kecenderungan lima kali lipat lebih banyak melakukan bunuh diri dibanding remaja wanita, walaupun remaja wanita melakukan percobaan bunuh diri 2-3 kali lebih sering dari remaja laki-laki. Cara yang biasa digunakan remaja untuk melakukan bunuh diri adalah menggunakan senjata api, menggantung diri, melompat, keracunan karbon monoksida, dan over dosis obat-obatan.

Depresi sangat berhubungan erat dengan perilaku bunuh diri, sejalan dengan diagnosis gangguan hubungan, gangguan bipolar, dan penyalahgunaan zat. Seiring dengan perkembangan remaja yang ingin mandiri dan melepaskan ketergantungan dari orang tua, maka meningkat pula perilaku menarik diri dan penurunan pengawasan dari orang tua. Permasalahan dalam kelompok sering menambah ketegangan, rasa keterasingan, tekanan menghadapi hubungan intim, perubahan tubuh, dan perasaan yang tidak stabil dapat menimbulkan perasaan ketidakberdayaan dan keputusasaan. Rerata percobaan bunuh diri banyak terjadi dengan perilaku seks menyimpang seperti gay, lesbian, dan biseksual. Penyebabnya dapat karena stres dan kesepian, penolakan orangtua, dan kurangnya penerimaan sosial yang mereka alami karena orientasi seksual yang tidak normal yang mereka miliki. Pada intinya, ide bunuh diri pada remaja merupakan tanda

mengalami stres yang sangat berat dan sebagai satu prediktor buruknya fungsi keseluruhannya dikemudian hari (Reinherz et al, 2006 dalam Stuart, 2016). Faktor resiko remaja melakukan bunuh diri dapat dilihat pada tabel 2.2.

5. Mencederai diri

Mencederai anggota tubuh secara sengaja dengan tujuan untuk mendapatkan perasaan yang nyaman atau untuk menunjukkan diri, sebagai bentuk pemberontakan, atau agar diterima oleh kelompok teman sebayanya. Bentuk mencederai diri yang biasa dilakukan seperti mengukir, menggores, membakar, memotong, membuat tato, menindik tubuh secara berlebihan, menarik, menjambak kulit, dan bahkan mutilasi diri sebagai cara menggambarkan perasaan putus asa, marah, harga diri rendah atau butuh perhatian. Perilaku mencederai diri pada remaja biasanya disebabkan karena kesulitan mengungkapkan perasaan, ketidaknyamanan fisik atau penilaian diri negatif (Stuart, 2016).

Tabel 2. 2 Faktor Resiko Remaja Melakukan Bunuh Diri

Faktor Psikologis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan kepribadian 2. Depresi 3. Penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol 4. Perilaku agresif impulsif 5. Ketidakberdayaan 6. Pesimis 7. Gangguan tingkah laku (laki-laki) 8. Gangguan panik (perempuan)
Keluarga dan faktor genetik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riwayat keluarga dengan perilaku bunuh diri 2. Orang tua depresi 3. Konflik atau disfungsi keluarga
Faktor lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bermasalah dengan teman laki-laki atau teman perempuan 2. Menarik diri dari teman akrab 3. Kurangnya dukungan orangtua 4. Konflik orangtua-anak 5. Masalah di sekolah 6. Kehilangan dan kejadian negatif lainnya dalam kehidupan 7. Riwayat pelecehan seksual atau fisik 8. Penularan perilaku bunuh diri di antara kelompok teman sebaya 9. Ketersediaan senjata api

Faktor biologis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan somatik (sakit kepala, sakit perut) 2. Tinggi ekspresi reseptor 5-hydroxytryptamine (5-HT) pada korteks prefrontal dan hipotalamus 3. Disfungsi serotonergik
Perilaku bunuh diri sebelumnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percobaan bunuh diri sebelumnya 2. Memberikan benda pribadinya yang berharga 3. Membicarakan tentang bunuh diri 4. Menulis catatan atau puisi tentang kematian
Orientasi seksual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasi pada gender yang sama 2. Isu idemtifikasi seksual

Sumber: (Stuart, 2016)

6. Gangguan perilaku

Dalam DSM-5 perilaku disruptif masuk kedalam diagnosa “disruptive, impulse-control and conduct disorder” yang meliputi *oppositional defiant disorder (ODD)*, *intermittent explosive disorder*, gangguan perilaku, gangguan kepribadian antisosial, pyromania, kleptomania, serta spesifik dan tidak spesifik perilaku disruptif, kontrol impuls, and gangguan perilaku (Hodes & Gau, 2016). Remaja dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku melanggar hak-hak dasar orang lain atau norma-norma dan peraturan sosial (Varcarolis, 2013). Remaja bertindak diluar norma-norma perilaku disemua *setting* dan dapat menimbulkan sikap antisosial/asosial dengan kelompok teman sebayanya, karena anak-anak dengan gangguan perilaku berbagi simtomatologi yang sama. Contoh gangguan perilaku pada remaja seperti perilaku agresif, *bullying*, berkelahi, bersikap kejam, berbohong, membolos, perilaku mengancam, mencuri, memperkosa, perilaku seksual dini, menggunakan senjata api, merusak barang-barang, minum-minuman beralkohol, penggunaan NAPZA, perilaku beresiko dan keluyuran ditengah malam (Stuart, 2016; Varcarolis, 2013).

Bentuk gangguan perilaku pada remaja laki-laki cenderung bertarung, mencuri, merusak, dan memiliki masalah disiplin disekolah. Sedangkan, pada remaja cenderung berbohong, melarikan diri, dan terlibat dalam prostitusi. Gangguan perilaku menyebabkan kegagalan akademik, gagal lulus, kenakalan remaja. Perlunya sistem pengadilan anak-

anak untuk memikul tanggung jawab pada remaja yang tidak dapat dikelola oleh orangtua. Gangguan jiwa lain yang dapat muncul bersama dengan gangguan perilaku seperti ansietas, gangguan mood, gangguan belajar, dan ADHD (Varcarolis, 2013).

7. *Bullying*

Bullying merupakan perilaku menyakiti secara berulang terhadap orang yang lebih lemah dari dirinya atau individu yang rentang. *Bully* lebih sering dilakukan oleh remaja tahap awal dibanding remaja tahap akhir. Seiring dengan bertambahnya usia remaja, mereka cenderung menjadi jarang melakukan *bully* atau menjadi korban *bullying*. Alasan terjadinya *bullying* pada remaja disebabkan karena penampilan dan status sosial. Namun orientasi seksual remaja, ras, agama atau hanya karena sifat pemalu dan tertutup dapat memicu timbulnya korban *bully*. Bentuk *bullying* dapat dalam bentuk fisik (lebih sering terjadi pada remaja laki-laki) seperti memukul, sindiran, menyebut nama, komentar atau menyerang secara seksual, mencuri atau merusak barang milik orang lain. Serangan juga dapat bersifat tidak langsung (lebih sering pada remaja perempuan) seperti menyebarkan gosip atau mengisolasi seseorang dari kelompok sosial. *Bully* lebih sering dilakukan oleh seseorang yang memiliki status sosial lebih tinggi dan orang lain mentolerir perilaku intimidasi yang dilakukannya. Sikap *bully* biasanya merupakan hasil dari meniru perilaku yang dilihat remaja saat di rumah atau hasil observasi terhadap perilaku orang dewasa.

Remaja korban *bully* sering mengalami depresi dan memiliki ide bunuh diri, dan penurunan kemampuan berfungsi. Anak-anak yang menjadi korban *bully* cenderung memiliki perilaku nakal saat mereka beranjak dewasa. *Bullying* pada remaja juga sering terjadi melalui dunia maya atau dikenal dengan *cyber bullying* melalui cara mengirimkan pesan singkat yang isinya mengintimidasi, menyebarkan informasi pribadi pada situs umum, berpura-pura menjadi orang lain dengan maksud memermalukan remaja tersebut, atau mengeluarkan seseorang dari ruang percakapan (Stuart, 2016).

8. Kekerasan

Kebanyakan remaja yang menampilkan perilaku agresif mengalami frustrasi dan memiliki role model yang melakukan kekerasan pada masa kanak-kanaknya. Faktor resiko terjadinya kekerasan pada remaja disebabkan oleh ikatan emosi yang lemah dengan orang lain, pola asuh tidak efektif (pola menghukum yang berlebihan atau tidak konsisten dan pengawasan yang kurang), terpapar sikap kekerasan di rumah atau di komunitas, dan faktor sosial. Senjata merupakan penyebab kematian ketiga pada anak usia 10-14 tahun dan penyebab kedua yang paling umum terjadinya kematian pada remaja usia 15-24 tahun. Penyalahgunaan obat-obat terlarang, perilaku anti sosial dan terpapar kekerasan dari berbagai media meningkatkan angka kejadian kekerasan pada remaja (Stuart, 2016).

9. Penggunaan Zat Adiktif

Penggunaan zat adiktif berdampak seirus pada remaja dan menyebabkan 50% kematian pada remaja usia 15-24 tahun. Penggunaan alkohol dan obat-obatan juga berkontribusi terhadap timbulnya perilaku penyerangan dan kasus pemerkosaan yang dilakukan oleh remaja. Alkohol merupakan zat yang paling sering digunakan dan disalahgunakan oleh remaja. Remaja yang menggunakan alkohol di usia sebelum 15 tahun beresiko empat kali lipat untuk menjadi pecandu alkohol dibanding mereka yang mencoba alkohol ketika berusia 21 tahun. Tingginya angka penggunaan alkohol pada remaja berhubungan dengan tiga penyebab kematian paling umum pada remaja yaitu kematian akibat kecelakaan, pembunuhan dan bunuh diri. Penggunaan zat adiktif merupakan pengaruh dari lingkungan seperti pengaruh teman sebaya yang menggunakan narkoba. Selain itu, juga disebabkan oleh faktor herediter, misalnya orang tua dengan pecandu alkohol dapat mempengaruhi anaknya untuk mencoba hal yang sama (Varcarolis, 2013).

2.3 Stigma gangguan jiwa

2.3.1 Pengertian Stigma Gangguan jiwa

Stigmatisasi penyakit jiwa sudah ada sebelum psikiatri menjadi disiplin ilmu, pelabelan terhadap gangguan jiwa sudah ada didalam masyarakat sebagai masalah sosial. Istilah stigma digunakan pertama kali dalam buku *STIGMA: Notes on the Management of Spoiled Identity* oleh Goffman tahun 1963. Penyakit jiwa adalah salah satu kondisi yang paling banyak mengalami stigmatisasi, terlepas dari diagnosis psikiatri spesifik (Corrigan dkk., 2000; Corrigan & Penn, 1999; Tringo, 1970; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Tidak seperti penyakit lainnya, penyakit jiwa dianggap oleh beberapa orang sebagai tanda kelemahan, sekaligus sebagai sumber rasa malu dan aib.

Sosiolog Erving Goffman (1963) dalam Linden & Kavanagh (2012) membuat konsep tentang stigma yaitu suatu atribut yang mendiskreditkan secara signifikan. Goffman juga mengemukakan istilah stigma merujuk pada keadaan suatu kelompok sosial yang membuat identitas terhadap seseorang atau kelompok berdasarkan sifat fisik, perilaku, ataupun sosial yang dipersepsikan menyimpang dari norma-norma dalam komunitas tersebut. Berbagai kualitas pada individu yang ditemeli oleh stigma bisa sangat acak mulai dari warna kulit, cara berbicara, kecenderungan seksual.

Goffman (1963) dalam Sewilam et al., (2015) mendefinisikan stigma sebagai proses dimana reaksi orang lain merusak identitas normal. Reaksi-reaksi ini berasal dari praduga (*prejudice*) seseorang berdasarkan informasi yang terbatas. Menurut Stuart (2016), stigma adalah suatu tanda memalukan yang digunakan untuk mengidentifikasi dan memisahkan seseorang yang oleh masyarakat dilihat sebagai abnormal, berdosa atau berbahaya. Menurut kamus Bahasa Indonesia, stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Sedangkan menurut *New Freedom Commission on Mental*

Health (NFCMH) tahun 2003, stigma gangguan jiwa adalah sebagai suatu kelompok perilaku dan keyakinan negatif yang memotivasi masyarakat umum untuk merasa takut, menolak, menghindari, dan mendiskriminasi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) (Stuart, 2016).

Stigma menurut Shives (2012) didefinisikan sebagai tanda dari aib atau malu, yang meliputi 4 komponen, yaitu:

1. Memberi label seseorang dengan suatu kondisi
2. Memiliki stereotip terhadap orang yang diberi label
3. Menciptakan divisi antara kelompok "kita" yang superior dan kelompok "mereka" yang terdevaluasi
4. Mendiskriminasi seseorang atas dasar label mereka

2.3.2 Proses Terjadinya Stigma

Proses stigma menurut *International Federation–Anti Leprocy Association* (ILEP, 2011): Orang-orang yang dianggap berbeda sering diberi label misalnya pasien gangguan jiwa, masyarakat cenderung berprasangka dengan pandangan tertentu dengan apa yang orang alami seperti sangat menular, mengutuk, berdosa, berbahaya, tidak dapat diandalkan dan tidak mampu mengambil keputusan dalam kasus mental. Masyarakat tidak lagi melihat penderita yang sebenarnya tetapi hanya melihat label saja, kemudian memisahkan diri dengan penderita dengan menggunakan istilah “kita” dan “mereka” sehingga menyebabkan penderita terstigmatisasi dan mengalami diskriminasi.

Menurut ILEP (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menghadapi stigma:

- a. Pemahaman masyarakat yang positif atau negatif terhadap suatu penyakit
- b. Dukungan keluarga dan masyarakat
- c. Sejauh mana stigma mempengaruhi kehidupan dan rutinitas sehari-hari
- d. Kepribadian dan kemampuan coping

Ketika seseorang menghadapi stigma, mereka mungkin rentan sehingga memerlukan penerimaan dan dukungan emosional karena sulit mengekspresikan keprihatinan yang dirasakan mereka berharap dapat berbicara dengan seseorang yang mampu mengerti, sehingga mereka perlu melakukan konseling. Konseling adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli kepada individu yang mengalami masalah.

2.3.3 Jenis Stigma

Stigma terbagi menjadi dua yaitu stigma interpersonal atau *public-stigma* dan stigma intrapersonal atau *self stigma* (Rusch, et al., 2005 dalam Sewilam et al., 2015)

1. Stigma masyarakat (*public stigma*)

Stigma masyarakat memiliki tiga komponen utama yaitu meliputi *stereotype*, *prejudice*, dan *discrimination* (Corrigan, Larson, & Rüsck, 2009). Komponen *stereotype* adalah keyakinan tentang kelompok sosial yang dibuat berdasarkan karakterisasi kelompok secara keseluruhan dengan menolak perbedaan individu atau karakteristik unik dari orang-orang di dalam kelompok (Hinshaw, 2007). Stereotip pada stigma masyarakat meliputi kepercayaan negatif tentang kelompok masyarakat tertentu meliputi ketidakmampuan, kelemahan, dan membahayakan. Sebutan orang gila digambarkan sebagai orang yang tidak normal, tidak bertanggung jawab, dikucilkan dari masyarakat dan sulit untuk disembuhkan. Stereotip didasarkan pada pengetahuan yang tersedia bagi anggota kelompok dan menyediakan cara untuk mengkategorikan informasi tentang kelompok lain dalam masyarakat. Stereotip tentang penyakit jiwa meliputi menyalahkan (*blame*), bahaya (*dangerousness*), dan tidak kompeten (*incompetence*) (Corrigan et al., 2009).

Pada komponen *prejudice* (prasangka) merupakan suatu sikap sering kali mengarah pada evaluasi yang bersifat negatif terdapat unsur persetujuan terhadap kepercayaan atau reaksi negatif seperti marah dan takut. Prasangka yang timbul berupa prososial perasaan (perlu untuk membantu, kasihan, simpati), perasaan takut dan terkait (tidak nyaman, tidak

aman), perasaan marah dan jengkel (Angermeyer, 2013). Orang-orang yang memiliki prasangka negatif akan mendukung stereotip dan menghasilkan reaksi emosional negatif sebagai akibatnya, dan selanjutnya prasangka akan mengarah kepada diskriminasi (Corrigan et al., 2009).

Pada komponen *discrimination* (mengucilkan) merupakan perlakuan yang tidak adil dan tidak seimbang yang dilakukan untuk membedakan terhadap perorangan, atau kelompok, berdasarkan sesuatu, biasanya bersifat katagorikal, atau atribut-atribut khas, seperti berdasarkan ras, kesukubangsaan, agama atau keanggotaan kelas-kelas sosial fulthoni, et al (2009). Didalam diskriminasi terdapat unsur respon perilaku untuk menghakimi seperti menghindari untuk bekerja dan memberikan kesempatan untuk melakukan kegiatan rumah tangga. Tidak menerima untuk memperkenalkan ke teman, menikah, menyewa kamar, dan merawat anak-anak (Angermeyer, 2013).

2. Stigma diri (*self-stigma*)

Self-stigma terdiri dari komponen yang sama seperti *public-stigma*, yaitu, stereotip, prasangka dan diskriminasi. Stereotip terjadi ketika seseorang mengelompokkan sikap negatif tentang penyakit jiwa, yang menyebabkan reaksi emosional negatif dan harga diri rendah (Rusch et al., 200dalam Sewilam et al., 2015). Kebanyakan pasien psikiatri mengalami stigma diri (Corrigan, 2005 dalam Sewilam et al., 2015). Corrigan & Watson (2002) menjelaskan bahwa stigma pada diri sendiri mempunyai pandangan negatif pada diri sendiri, bereaksi dengan emosional dan berperilaku menghindar. Sikap dan perilaku stigma pada diri sendiri seperti merasa tidak mampu, lemah, harga diri rendah, menganggap orang yang tidak beruntung, berbeda dari orang lain dan gagal mendapatkan kesempatan kerja (Angermeyer, 2013dalam Moses, 2014).

Self-stigma dapat menghambat proses penyembuhan gangguan jiwa pada penderita itu sendiri. Tahapan *Self-stigma* terdiri dari tiga langkah yaitu tahap pertama menyadari (*awareness*) bahwa adanya stereotip terhadap dirinya (misalnya: “orang-orang dengan gangguan jiwa harus disalahkan atas gangguan yang mereka alami”), tahap kedua menyetujui (*agreement*) stereotip yang diberikan orang lain kepadanya (misalnya ‘iya itu benar, orang dengan gangguan jiwa harus disalahkan atas penyakit yang mereka alami”), dan tahap ketiga menerapkannya (*application*) (misalnya “saya sakit jiwa, jadi saya harus disalahkan atas gangguan yang saya alami). Sebagai hasil dari proses ini, orang menderita penurunan harga diri dan penurunan *self-efficacy* dan kemudian berdampak kepada kualitas hidup (Corrigan et al., 2009).

2.3.4 Respon dan Dampak Stigma

Bagi penderita gangguan jiwa, stigma merupakan penghalang yang memisahkan mereka dengan masyarakat dan menjauhkan mereka dari orang lain (Stuart, 2016). Stigma berakibat pada pelabelan, prasangka, stereotip, pemisahan, kehilangan status dan diskriminasi negatif (Link & Phelan, 2001 dalam Sewilam et al., 2015). Stereotip dengan cepat menghasilkan kesan dan harapan tentang orang-orang yang termasuk dalam kelompok tertentu (Rusch et al., 2005 dalam Sewilam et al., 2015). Orang yang berprasangka setuju dengan stereotip negatif ini, dan sikap ini mengarah pada diskriminasi melalui perilaku negatif terhadap individu yang sakit mental. Persepsi negatif ini membuat ketakutan dan jarak sosial dari orang sakit jiwa (Corrigan et al., 2001 dalam Sewilam et al., 2015). Ketika individu mendukung keyakinan stigma ini, mereka menunjukkan tingkat penghindaran dan penolakan yang lebih tinggi untuk membantu seseorang dengan diagnosis psikiatrik (Corrigan & Matthews, 2003 dalam Sewilam et al., 2015).

Klien dan keluarganya seringkali melaporkan bahwa diagnosis gangguan jiwa selalu diikuti dengan meningkatnya isolasi dan kesepian karena keluarga dan sahabat menarik diri

dari hubungan dengan klien dan keluarganya. Klien merasa ditolak dan ditakuti oleh orang lain dan keluarga seringkali disalahkan. Stigma terhadap gangguan jiwa merupakan suatu refleksi dari bias budaya masyarakat yang dilakukan oleh konsumen dan petugas kesehatan. Akhirnya keluarga sering melihat klien sering kambuh dan tidak sembuh, kondisi ini semakin membuat pasien di jauhi oleh orang lain, sehingga “pasung” sering dilakukan sebagai cara merawat klien yang memperlihatkan keputusan yang di alami oleh keluarga dalam merawat pasien (Stuart, 2016).

Dengan demikian stigma dapat mencegah banyak orang dengan penyakit jiwa untuk mendapatkan pengobatan. Rasa malu dan harga diri yang rendah pada individu dengan penyakit jiwa adalah dampak lain dari stigma. Sementara, stigmatisasi masyarakat terhadap penyakit jiwa dapat diinternalisasi dan kemudian membuat masyarakat mengeksklusi individu yang terstigma tersebut sehingga dapat mengancam kualitas hidup penderita gangguan jiwa, menghambat hubungan sosial dan mengurangi kemungkinan orang dengan penyakit jiwa (ODGJ) mencari layanan kesehatan jiwa atau mendapatkan pekerjaan. Oleh karena itu, stigma dianggap sebagai penghalang ODGJ untuk pulih dari penyakit jiwanya, bahkan pada individu yang menerima perawatan sekalipun (Sewilam et al., 2015).

Pada individu, stigma dapat berdampak kepada harga diri rendah, penilaian negatif pada diri sendiri (*self-stigma*), ketakutan, merasa dasingkan, kehilangan kesempatan kerja karena diskriminasi, menambah depresi, dan meningkatnya kekambuhan (dalam Larson and Corrigan, 2008). Stigma dengan berbagai identitas negatif dari masyarakat akan mempengaruhi interaksi dan dukungan sosial terhadap penderita, sehingga penderita sering tidak mendapatkan kesempatan untuk bekerja dan menjadi pengangguran. Dalam stigma diinternalisasi atau *self-stigma*, proses bertahap asimilasi psikologis stereotip masyarakat terhadap penyakit mental dikatakan terjadi sehingga orang dengan penyakit mental semakin

kehilangan apa yang mereka pikirkan dan keinginan mereka di masa depan (Yanos, et al., 2008).

Pada dasarnya, Orang tidak hanya percaya bahwa orang lain berpikir bahwa dia berharga atau tidak, misalnya menikah, tapi juga berpendapat bahwa ia tidak benar-benar layak dan tidak boleh menikah. Hal ini akan mengubah fundamental persepsi orang tersebut tentang diri mereka sendiri dan mengarah ke perubahan perilaku seseorang dengan cara melakukan persepsi terinternalisasi yang dianggap sesuai (Thornicroft et al., 2007).

Dengan demikian, dampak atau konsekuensi dari stigma adalah sebagai berikut (Stuart, 2016):

1. Stigma membuat orang yang menyembunyikan atau menyangkal gejala yang mereka rasakan
2. Stigma menghasilkan keterlambatan dalam terapi
3. Stigma membuat seseorang menghindari tpeerapi yang efektif atau tidak menjalani pengobatan secara terkontrol
4. Stigma membuat masyarakat mengisolasi individu dan keluarga pasien gangguan jiwa
5. Stigma dapat menurunkan harga diri dan potensi perawatan diri pada pasien gangguan jiwa
6. Stigma dapat menghambat pasien gangguan jiwa mengakses perawatan kesehatan yang berkualitas
7. Stigma memberi pengaruh secara negatif terhadap perilaku petugas kesehatan
8. Stigma memberikan kontribusi terhadap tingkat keparahan penyakit
9. Stigma membatasi respons masyarakat terhadap gangguan jiwa.

Stigma, ketidakpahaman, dan ketakutan terhadap gangguan jiwa berhubungan dengan orang dan agen pemberi pelayanan kesehatan jiwa dan orang yang menerima pelayanan,

yang seringkali adalah orang lanjut usia, orang miskin, atau anggota kelompok sosial minoritas. Berbeda dengan kondisi penyakit fisik, yang cenderung mengundang simpati dan keinginan untuk menolong, pada gangguan jiwa cenderung mengganggu orang lain dan membuat orang lain ingin menghindarinya (Stuart, 2016).

2.3.5 Teori yang berkaitan dengan stigma

a. Theory Erving Goffman

Erving Goffman adalah salah satu sosiolog paling berpengaruh di abad ke-20. Dia mendefinisikan stigma sebagai fenomena di mana seorang individu dengan atribut yang sangat didiskreditkan oleh masyarakatnya dan ditolak sebagai akibat dari atribut tersebut. Stigma adalah proses di mana reaksi orang lain merusak identitas normal (Goffman, 1963).

Dalam teori stigma sosial Erving Goffman, stigma merupakan atribut, perilaku, atau reputasi yang secara sosial mendiskreditkan dengan cara tertentu sehingga menyebabkan seseorang secara mental diklasifikasikan oleh orang lain dalam stereotip yang tidak diinginkan. Goffman juga menjelaskan bahwa stigma merupakan celah antara identitas sosial virtual dan identitas sosial yang sebenarnya. Ketika kita bertemu dengan orang yang belum dikenal, maka penampilan pertama cenderung memungkinkan kita untuk mengantisipasi kategori dan atribut sehingga pada saat ini terbentuk "identitas sosial" terhadap orang yang baru kita temui. Kemudian kita bersandar pada antisipasi yang dimiliki, mentransformasikannya menjadi harapan normatif, sesuai tuntutan yang disampaikan dengan benar. Ini ketika sebuah pertanyaan aktif muncul mengenai apakah tuntutan ini akan dipenuhi bahwa kita cenderung menyadari bahwa selama ini kita telah membuat asumsi tertentu seperti apa yang seharusnya dilakukan individu di hadapan kita. Tuntutan yang di asumsikan ini dan karakter yang kita timpakan kepada individu akan disebut identitas sosial virtual. Kategori

dan atribut yang sebenarnya bisa dibuktikan memiliki identitas dirinya yang sebenarnya (Goffman 1963).

Karakteristik yang dimiliki individu tersebut dapat muncul dari suatu atribut yang membuatnya berbeda dengan orang lain dalam kategori orang yang tersedia baginya, dan dari jenis yang kurang diinginkannya, misalnya seseorang yang dianggap benar-benar buruk, atau berbahaya, atau lemah. Dengan demikian, pikiran tersebut membuat kita menjauhkan diri agar tidak tercemar atau terkena dampak buruk akibat berinteraksi dengan orang tersebut. Atribut semacam itu disebut dengan stigma, terutama bila efek mendiskreditkannya sangat luas. Ini merupakan perbedaan khusus antara identitas sosial virtual dan aktual.

1. Stigmatisasi, yang normal, dan yang bijak

Goffman membagi hubungan individu dengan stigma ke dalam tiga kategori:

- a. Stigmatisasi adalah mereka yang menanggung stigma;
- b. Yang normal adalah mereka yang tidak menanggung stigma; dan
- c. Orang bijak adalah orang-orang di antara orang-orang normal yang diterima oleh orang-orang yang teraniaya sebagai "bijak" terhadap kondisi mereka (meminjam istilah dari komunitas homoseksual).

Normal yang bijaksana bukan hanya mereka yang dalam arti menerima stigma, tapi lebih tepatnya, "mereka yang memiliki situasi khusus dimana mereka sangat tahu rahasia kehidupan dari individu yang dicitrakan dan bersimpati dengannya, sehingga mampu membuat penerimaan dalam dirinya terhadap orang yang mengalami stigmadan menghargai kelompok stigma. "Orang bijak adalah orang-orang marjinal yang sebelumnya orang yang memiliki kesalahan kemudian mengendalikan diri, karena mengetahui bahwa dia gagal dilihat sebagai orang biasa." Goffman mencatat bahwa orang bijak dalam situasi sosial tertentu juga menanggung stigma sehubungan dengan norma-norma lain: yaitu, mereka mungkin juga mengalami stigmatisasi karena dianggap bijak. Contohnya adalah orang tua

seorang homoseksual; yang lain adalah wanita kulit putih yang terlihat bersosialisasi dengan seorang pria kulit hitam. (Membatasi diri untuk hubungan sosial karena homoseksual dan orang kulit hitam distigmatisasi).

2. Pertimbangan etis

Goffman menekankan bahwa stigma adalah hubungan antara satu individu dengan pengaturan sosial dengan seperangkat harapan yang diberikan. Dengan demikian, setiap orang pada waktu yang berbeda akan memainkan kedua peran yaitu stigmatisasi (*stigmatized*) dan pemberi stigma (*stigmatizer*) (atau, seperti yang dia katakan, "normal"). Individu secara aktif mengatasi stigma dengan cara yang bervariasi di antara kelompok-kelompok yang terstigma, di antara individu-individu dalam kelompok-kelompok yang terstigma, dan di dalam individu di sepanjang waktu dan situasi.

3. Dimensi stigma

Meskipun sering salah dikaitkan dengan Goffman, "Enam Dimensi Stigma" bukanlah penemuannya. Dimensi stigma ini dikembangkan untuk menambah dua level stigma Goffman yaitu mendiskreditkan (*discredited*) dan ternoda (*discreditable*). Individu dapat menemukan dua atmosfer sosial yang berbeda dalam proses stigmatisasi. Pada awalnya, dia tidak dapat diterima (mendiskreditkan), stigmanya belum terungkap, tapi kemudian terungkap baik secara sengaja olehnya (dalam hal ini dia akan memiliki kontrol) atau dengan beberapa faktor yang tidak dapat dia kontrol. Dengan demikian stigma mungkin berhasil disembunyikan; Goffman menyebut ini berlalu. Dalam situasi ini, analisis stigma hanya terkait dengan perilaku yang diadopsi oleh individu yang mengalami stigmatisasi untuk mengelola jati dirinya: penyembunyian dan pengungkapan informasi. Di atmosfer kedua, dia didiskreditkan, stigmanya telah terungkap dan karenanya tidak hanya mempengaruhi tingkah lakunya tapi juga perilaku orang lain. Berdasarkan hal ini, maka Jones dkk. (1984)

menambahkan "enam dimensi" dan menghubungkannya dengan dua jenis stigma Goffman, mendiskreditkan dan ternoda, yaitu sebagai berikut:

1. *Concealable*, sejauh mana orang lain bisa melihat stigma
2. *Course of the mark*, apakah stigma yang menonjol meningkat, menurun, atau berakhir
3. *Disruptiveness*, sejauh mana stigma dan / atau reaksi orang lain dapat menghambat interaksi sosial
4. *Aesthetics*, bagian dari reaksi orang lain terhadap stigma yang terdiri dari reaksi yang positif / menyetujui atau negatif / tidak setuju tetapi mewakili estimasi kualitas selain dari harga diri atau martabat orang yang terstigma
5. *Origin*, apakah orang lain berpikir stigma hadir saat lahir, tidak disengaja, atau disengaja
6. *Peril*, bahaya yang orang lain rasakan (apakah akurat atau tidak akurat), bagaimana pengaruh stigma terhadap kehidupan mereka

b. Link and Phelan Stigmatization Model

Bruce Link dan Jo Phelan mengusulkan stigma itu ada ketika empat komponen khusus bertemu, yaitu sebagai berikut (Link & Phelan, 2001):

1. Individu membedakan dan memberi label terhadap manusia secara bervariasi
2. Keyakinan budaya yang berlaku mengikat mereka yang berlabel atribut yang merugikan
3. Individu berlabel ditempatkan dalam kelompok-kelompok terhormat yang bertujuan untuk membangun rasa terputus antara "kita" dan "mereka".
4. Individu berlabel mengalami "kehilangan status dan diskriminasi" yang mengarah kepada keadaan yang tidak sama.

Dalam model ini stigmatisasi juga bergantung pada "akses kepada kekuatan sosial, ekonomi, dan politik yang memungkinkan perbedaan identifikasi, konstruksi stereotipe, pemisahan orang-orang yang berlabel menjadi kelompok-kelompok yang berbeda, dan eksekusi penuh penolakan, penolakan, pengecualian, dan diskriminasi." Selanjutnya, dalam

model ini istilah stigma diterapkan ketika pelabelan, stereotyping, pemutusan, kehilangan status, dan diskriminasi semua ada dalam situasi kekuatan yang memfasilitasi stigma terjadi.

c. Gerhard Falk

Gerhad Falk adalah Sosiolog kelahiran Jerman dan sejarawan. Ia mengungkapkan bahwa semua masyarakat akan selalu menstigmatisasi beberapa kondisi dan beberapa perilaku karena hal tersebut memberikan solidaritas kelompok dengan melukiskan "orang luar" dari "orang dalam". Falk menggambarkan stigma berdasarkan dua kategori, yaitu stigma eksistensial (*existential stigma*) dan stigma yang tercapai (*achieved stigma*). Dia mendefinisikan stigma eksistensial sebagai stigma yang berasal dari suatu kondisi dimana stigma terjadi pada orang yang tidak atau memiliki sedikit kontrol. Sementara, *achieved stigma* didefinisikan sebagai stigma yang didapat karena perilaku dan / atau karena mereka berkontribusi besar untuk mencapai stigma yang dimaksud (Falk, 2001).

Falk menyimpulkan bahwa "kita dan semua masyarakat akan selalu menstigmatisasi beberapa kondisi dan beberapa perilaku karena hal tersebut memberikan solidaritas kelompok dengan melukiskan 'orang luar' dari 'orang dalam'. Stigmatisasi, pada intinya adalah tantangan bagi kemanusiaan seseorang, baik untuk orang yang mengalami stigmatisasi (*stigmatized*) maupun memberikan stigma (*stigmatizer*) (Falk, 2001). Mayoritas peneliti stigma telah menemukan bahwa proses stigmatisasi memiliki sejarah panjang dan bersifat lintas budaya di mana-mana (Heatherton, 2000).

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1 Tujuan Penelitian

3.1.1 Tujuan Umum

Secara umum, tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang berkontribusi mempengaruhi terjadinya stigma remaja terhadap penderita gangguan jiwa.

3.1.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengeksplorasi faktor-faktor pendukung terjadinya stigma gangguan jiwa di kalangan remaja di Kota Padang Sumatera Barat
- b. Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan langsung maupun tidak langsung menimbulkan stigma gangguan jiwa di kalangan remaja di Kota Padang Sumatera Barat
- c. Menganalisis faktor-faktor yang paling berkontribusi menimbulkan stigma gangguan jiwa di kalangan remaja di Kota Padang Sumatera Barat

3.2 Manfaat Penelitian

3.2.1 Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi petugas kesehatan untuk saling bersinergi memberikan pelayanan kesehatan jiwa berupa edukasi sebagai upaya preventif kepada remaja yang memiliki stigma gangguan jiwa agar dampak stigma dapat ditangani sedini mungkin
- b. Bagi pihak sekolah hasil penelitian dapat memberikan kesadaran terhadap pentingnya kesehatan jiwa sehingga diharapkan dapat melakukan deteksi dini masalah kesehatan jiwa secara mandiri pada siswanya secara berkala
- c. Diharapkan dapat mendorong terciptanya alternatif kebijakan yang lebih efektif dan efisien terkait program promosi dan prevensi gangguan jiwa pada remaja

3.2.2 Manfaat Peningkatan Ilmu

- a. Dapat meningkatkan kepekaan dan melakukan penanganan yang tepat pada remaja terhadap masalah kesehatan jiwa yang dialaminya maupun orang di lingkungannya
- b. Dapat berkontribusi dalam peningkatan asuhan keperawatan jiwa khususnya pada remaja yang memiliki stigma gangguan jiwa

3.2.3 Manfaat Metodologi

- a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk penelitian selanjutnya terkait stigma gangguan jiwa dikalangan remaja
- b. Menambah referensi baru terkait stigma gangguan jiwa dikalangan remaja

BAB 4

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian yang menggabungkan metode kualitatif dan kuantitatif (*mixed method*) dengan strategi *sequential procedures*, dimana penelitian ini dimulai terlebih dahulu dengan metode kualitatif untuk tujuan eksplorasi dan menindaklanjuti dengan metode kuantitatif dengan sampel besar sehingga peneliti dapat menggeneralisasi hasil ke populasi. Tujuan menggabungkan dua metode ini adalah untuk mendapatkan data yang lebih komprehensif, valid, reliabel, dan objektif (Creswell, 2009). Desain penelitian kualitatif menggunakan studi fenomenologi, sedangkan kuantitatif menggunakan survei deskriptif.

4.1 Penelitian Kualitatif

Tahap kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pengalaman remaja ketika melihat penderita gangguan jiwa, bagaimana pemahaman, sikap dan perilaku remaja terhadap masalah gangguan jiwa serta dampak yang dirasakan remaja terhadap pemahaman, sikap dan perilaku remaja tersebut. Tahap ini juga melihat bagaimana pandangan keluarga (orang tua) remaja terhadap masalah gangguan jiwa dan sikap serta tindakan orangtua terhadap penderita gangguan jiwa, bagaimana pandangan, sikap dan tindakan sekolah terhadap masalah gangguan jiwa, serta bagaimana layanan kesehatan dalam upaya promosi dan prevensi stigma remaja terhadap gangguan jiwa.

1. Rancangan Penelitian

Desain penelitian kualitatif ini menggunakan rancangan studi fenomenologi. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah (FGD) dengan tujuan mengeksplorasi pengalaman remaja terhadap penderita gangguan jiwa, pengalaman guru BK terhadap masalah gangguan jiwa serta untuk

mengetahui sikap dan tata laksana di sekolah dalam menghadapi siswa yang mengalami masalah gangguan jiwa, menggali informasi tentang pandangan orang tua terhadap penderita gangguan jiwa, serta menggali informasi mengenai kebijakan pemerintah dalam upaya promosi dan prevensi stigma gangguan jiwa dikalangan remaja.

2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Andalas, Kecamatan Lubeg, dan Kecamatan Pauh Kota Padang Sumatera Barat. Alasan pemilihan lokasi penelitian adalah karena Kota Padang merupakan ibukota provinsi Sumatera Barat yang dikenal juga dengan kota pendidikan. Selain itu, kota padang memiliki jumlah penduduk terbanyak dibanding daerah lain. 3 kecamatan yakni kecamatan Pauh, kecamatan Andalas dan kecamatan Lubeg merupakan 3 wilayah tertinggi angka gangguan jiwa di Kota Padang.

3. Waktu Pengumpulan Data

Waktu pengumpulan data kualitatif ini akan dilakukan pada Agustus sd September 2018. Pengumpulan data dimulai pada kelompok remaja di sekolah, kemudian pada kelompok guru BK serta pimpinan sekolah, kelompok orang tua siswa, serta petugas pelayanan kesehatan pemegang program kesehatan jiwa yang berada di Puskesmas dan dinas kesehatan kota Padang.

4. Partisipan

Dalam penelitian kualitatif, sampel disebut dengan istilah partisipan. Pemilihan partisipan pada studi kualitatif ini dikaitkan dengan pengalaman partisipan ketika bertemu atau melihat baik secara langsung maupun tidak langsung dengan penderita gangguan jiwa. Target partisipan untuk penggalian informasi mengenai pengetahuan, sikap serta tindakan partisipan terhadap remaja yang memiliki masalah gangguan jiwa dapat dilihat pada tabel 4.1. Teknik pemilihan partisipan berdasarkan strategi *purposive sampling* yaitu memilih partisipan dengan sengaja dan penuh perencanaan sehingga dapat membantu peneliti memahami masalah yang diteliti.

Tabel 4. 1 Target Partisipan Untuk Penggalan Informasi Mengenai Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Stigma Remaja Terhadap Gangguan Jiwa

Target individu	Tempat	Metode pengumpulan data	Informasi yang di gali
1. Remaja SMA/SMK yang pernah kontak dengan penderita gangguan jiwa	Sekolah SMA/SMK	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> - Pandangan, sikap, serta perilaku remaja terhadap gangguan jiwa - Faktor penghambat yang dirasakan remaja untuk berinteraksi dengan penderita gangguan jiwa - Faktor-faktor yang mempengaruhi remaja bersikap dan berperilaku pada penderita gangguan jiwa
2. Guru BK	Sekolah SMA/SMK	FGD	<ul style="list-style-type: none"> - Pandangan guru terhadap gangguan jiwa - Kebijakan dan tata laksana sekolah dalam menangani masalah gangguan jiwa pada siswa - Pendidikan kesehatan terkait kesehatan jiwa di sekolah - Upaya sekolah dalam mengatasi stigma gangguan jiwa di sekolah
3. Orang tua	Puskesmas	FGD	<ul style="list-style-type: none"> - Pandangan orangtua terhadap masalah gangguan jiwa - Sikap dan perilaku orang tua terhadap penderita gangguan jiwa - Upaya orang tua dalam mengatasi masalah gangguan jiwa
4. Tenaga kesehatan (perawat penanggung jawab program kesehatan jiwa dan dokter psikiater serta psikolog)	Puskesmas	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan pemerintah dan penanganan stigma gangguan jiwa dikalangan remaja - Faktor-faktor yang menghambat program promotif dan preventif kesehatan jiwa pada remaja - Faktor penghambat penanganan stigma remaja terhadap gangguan jiwa
5. Penanggung jawab program jiwa di dinas kesehatan kota Padang dan dinas kesehatan provinsi	DKK kota Padang dan Dinkes provinsi Sumatera Barat	Wawancara mendalam	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan dan program pemerintah dalam menangani stigma gangguan jiwa dikalangan remaja - Faktor-faktor yang menghambat program promotif dan preventif kesehatan jiwa pada remaja - Faktor penghambat penanganan stigma remaja terhadap gangguan jiwa

5. Klasifikasi variabel

Variabel penelitian adalah suatu objek, sifat, atribut, atau nilai yang mempunyai bermacam-macam variasi antara satu dengan yang lainnya yang ditetapkan oleh peneliti dengan tujuan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Wibowo, 2014). Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2012). Adapun variabel yang diteliti dalam penelitian ini meliputi:

- a. Pengetahuan partisipan terhadap penyebab, tanda dan gejala, dampak serta penanganan masalah gangguan jiwa
- b. Pandangan partisipan terhadap penderita gangguan jiwa
- c. Sikap dan perilaku partisipan terhadap penderita gangguan jiwa
- d. Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap dan perilaku partisipan terhadap penderita gangguan jiwa

6. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah partisipan setuju dan siap menjadi partisipan dalam penelitian ini. Peneliti dan partisipan menentukan waktu dan tempat yang tepat untuk dilakukan wawancara mendalam dan *Focus Group Discussion* (FGD). Wawancara mendalam dan FGD dilakukan secara berhadapan (*face to face interview*) pada remaja SMA/SMK, guru, dan orangtua untuk menggali informasi-informasi mengenai stigma gangguan jiwa. FGD dan wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan pertanyaan terbuka yang dirancang untuk memunculkan pandangan dan opini partisipan terhadap masalah gangguan jiwa.

7. Analisis dan Interpretasi Data

Analisis data pada penelitian kualitatif dilakukan sejak awal penelitian (*on going*), dimana peneliti sejak awal membaca dan menganalisis data yang terkumpul, baik

berupa transkrip, catatan lapangan (*filed note*), dokumen, atau material lainnya secara kritis analitis sembari melakukan uji kredibilitas maupun pemeriksaan keabsahan data secara kontinu (Yosep, 2014).

Tahapan analisis data kualitatif yang akan dilakukan sebagai berikut (Creswell 2016):

1. Mengolah dan mempersiapkan data untuk dianalisis. Langkah ini terdiri dari transkrip wawancara, scanning materi, mengetik data lapangan, memilah-milah dan menyusun data tersebut ke dalam jenis-jenis yang berbeda tergantung sumber informasi
 2. Membaca keseluruhan data yang ditujukan untuk membangun *general sense* atas informasi yang diperoleh dan merefleksikan maknanya secara keseluruhan
 3. Melakukan *coding* semua data. Langkah ini melibatkan pengambilan data tulisan atau gambar yang telah dikumpulkan, proses penulisan kategori untuk mengorganisasikan data, kemudian memberi label pada kategori tersebut dengan istilah khusus
 4. Menerapkan proses coding untuk mendeskripsikan setting (ranah), orang (partisipan), kategori, dan tema yang akan dianalisis
 5. Menyajikan kembali deskripsi dan tema-tema dalam bentuk narasi/laporan kualitatif
 6. Pembuatan interpretasi dalam penelitian kualitatif atau memaknai data.
8. Etika Penelitian

Etika penelitian yang dilalui dalam penelitian ini sebagai berikut (*American Nurse Assosiation*, 2001, *American Psychological Association*, 1982, dan Silva, 1995 dalam Burns & Grove, 2003):

1. *Self-determination*, responden berhak untuk tidak melanjutkan atau keluar dari penelitian yang dilakukan, tanpa memberikan dampak atau sanksi terhadap dirinya
2. *Privacy*, peneliti menghargai privasi responden selama penelitian

3. *Anonymity and Confidentiality*, merahaskan identitas diri pasien. Data yang diperoleh hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan.
4. *Fair Treatment*, setiap responden mendapatkan perlakuan yang sama
5. *Protection from Discomfort and Harm*, peneliti mencegah adanya perasaan tidak nyaman dan terluka.

4.2 Penelitian Kuantitatif

d. Jenis dan Rancangan penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada tahap ini adalah deskriptif dengan rancangan penelitian *cross-sectional study* dimana pengukuran variabel dependen dan independen dilakukan pada satu waktu. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah stigma remaja terhadap gangguan jiwa. Sementara, variabel independen terdiri dari karakteristik responden, pengetahuan, sikap, perilaku, persepsi, keyakinan budaya, paparan informasi, pengaruh sosial dan dukungan keluarga.

e. Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di SMA dan SMK yang berada dalam lingkup Kota Padang Sumatera Barat. Untuk pengambilan sampel penelitian ditetapkan 3 (tiga) kecamatan yang ditetapkan berdasarkan wilayah dengan jumlah kasus gangguan jiwa terbanyak, karakteristik demografis, dan heterogenitas sosial. Sedangkan untuk waktu penelitian ini akan dilakukan pada bulan September sampai dengan November 2018.

f. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah remaja SMA dan SMK, orang tua siswa, dan guru BK dari sekolah SMA dan SMK negeri maupun swasta yang berada di Kota Padang serta petugas kesehatan dinas kesehatan kota Padang dan provinsi Sumatera Barat. Sedangkan, sampel penelitian adalah remaja SMA dan SMK di Kota Padang.

Kriteria inklusi sampel sebagai berikut:

- a. Remaja SMA / SMK di Kecamatan Pauh, Andalas, dan Lubeg

- b. Tidak memiliki riwayat gangguan jiwa atau kelainan jiwa
 - c. Bersedia menjadi responden penelitian
 - d. Kooperatif
- g. Besar sampel dan teknik sampling

Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling* dimana sampel yang memenuhi kriteria inklusi penelitian dijadikan sebagai sampel penelitian.

Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha/2 \cdot p(1 - p)N}{d^2(N - 1) + Z^2 1 - \alpha/2 \cdot p(1 - p)}$$

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.495(1 - 0.495) \cdot 15018}{0.05^2(15018 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.495(1 - 0.495)} = 374$$

Keterangan:

- n = Jumlah sampel minimal yang diperlukan
- α = Derajat kepercayaan (1,96)
- p = Proporsi remaja gangguan jiwa (49,5%)
- q = 1-p (proporsi remaja yang tidak mengalami gangguan jiwa)
- d = Limit dari error atau presisi absolut (0.05)
- N = Jumlah populasi (15.018 remaja)

Untuk mengantisipasi adanya kemungkinan sampel yang *drop out* selama proses penelitian, maka jumlah sampel dapat dikoreksi berdasarkan perkiraan sampel yang *drop out* dari penelitian agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun perkiraan proporsi *drop out* sebesar 10%, maka ukuran sampel setelah revisi sebesar 415 orang.

- h. Klasifikasi variabel

Adapun klasifikasi variabel yang ditetapkan terdiri dari variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen meliputi pengetahuan, sikap, perilaku, persepsi, keyakinan budaya, karakteristik demografi, pengaruh sosial serta dukungan

keluarga. Sedangkan variabel dependen adalah stigma remaja terhadap gangguan jiwa.

i. Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner yang akan disebar ke responden. Kuesioner yang digunakan terdiri dari kuesioner untuk pengukuran stigma remaja dan kuesioner untuk pengukuran variabel-variabel independen. Adapun kuesioner yang digunakan meliputi:

1. Kuesioner *Social Distance Scale (SD)*

Kuesioner *Social Distance Scale (SD)* dibangun oleh Martin, Pescosolido, & Tuch (2000) yang bertujuan untuk mengukur stigma terhadap penyakit mental atau sikap individu terhadap penyakit mental. Kuesioner ini menguji jarak sosial yang ditunjukkan seseorang terhadap seorang individu dengan penyakit mental. Skala ini meminta responden untuk menilai kesediaan mereka untuk berinteraksi dengan individu yang menderita penyakit mental dalam enam situasi yang berbeda. Pilihan respons pada skala berkisar dari 1-4 yaitu 1 (pasti bersedia), 2 (mungkin bersedia), 3 (mungkin tidak bersedia), dan 4 (pasti tidak bersedia). Total skor dapat berkisar dari 6 (jarak sosial rendah/ prasangka rendah) hingga 24 (jarak sosial yang tinggi / prasangka tinggi). Skala 6-item ini memiliki konsistensi internal yang sangat baik (Cronbach $\alpha = .75-.90$). Uji coba versi terjemahan bahasa Arab dari skala ini menunjukkan keandalan yang baik. Dalam penelitian Rayan & Jaradat (2016), reliabilitas kuesioner ini memiliki Cronbach $\alpha = 0,85$.

2. Kuesioner *Devaluation-Discrimination Scale (DD)*.

Kuesioner ini dibuat oleh Link (1987) untuk mengukur persepsi stigma remaja terhadap penyakit kejiwaan. Kuesioner ini dapat digunakan untuk menilai sejauh mana seseorang percaya bahwa orang lain yang hidup dalam suatu komunitas akan

merendahkan atau mendiskriminasi seseorang dengan penyakit kejiwaan. Kuesioner ini terdiri dari 12 item dengan 6 skala likert yang hasilnya dapat menggambarkan seberapa banyak responden setuju dengan pernyataan mengenai individu dengan penyakit jiwa. Ini juga mencerminkan reaksi responden terhadap pengungkapan penyakit jiwa. Responden diminta untuk menentukan sendiri respon mereka apakah sangat setuju atau sangat tidak setuju pada skala 1-6 dengan pernyataan yang berkaitan dengan bagaimana kebanyakan orang akan memperlakukan seseorang yang mengalami penyakit jiwa. Pernyataan yang menunjukkan bahwa kebanyakan orang mendevaluasi pasien psikiatri dengan menganggap mereka kurang cerdas dibandingkan orang lain, sebagai kegagalan, dan sebagai individu yang pendapatnya tidak perlu dianggap serius. Skor total yang dapat dihasilkan pada skala ini berkisar antara 12 - 72, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan lebih banyak stigma remaja terhadap orang dengan gangguan jiwa.

Validitas dan reliabilitas kuesioner ini sudah terbukti teruji dengan memiliki realibilitas yang memadai (Cronbach 's $\alpha = 0,78$) dan validitas konstruk tinggi ketika skala digunakan untuk individu yang menerima bantuan psikologis profesional dan mereka yang tidak. Skala ini banyak digunakan dalam literatur selama lebih dari 35 tahun. Uji coba dalam terjemahan bahasa Arab menunjukkan realibilitas yang baik. Pada tahun 2016, kuesioner ini digunakan oleh (Rayan & Jaradat, 2016) pada sebuah penelitian tentang stigma mahasiswa terhadap penyakit jiwa dan sikap terhadap pencari bantuan masalah kejiwaan, kuesioner DD ini memiliki Cronbach's $\alpha = 0,83$.

3. Sikap mencari bantuan profesional

Sikap terhadap pencarian bantuan profesional diukur dengan menggunakan kuesioner *Attitudes Towards Seeking Professional Psychological Help Scale* (Fischer

& Farina, 1995). Kuesioner ini terdiri dari 10-item pernyataan yang di revisi dari 29-item asli (Fischer & Turner, 1970). Kuesioner ini berkorelasi positif dengan niat untuk mencari konseling ($\alpha=,56$) dan berkorelasi negatif dengan menyembunyikan masalah kesehatan jiwa yang di alami oleh individu tersebut ($\alpha=-0,19$). Kuesioner ini pernah digunakan oleh Vogel, Wade, & Hackler (2007) kepada mahasiswa dengan tujuan untuk melihat sikap dan persepsi mereka terhadap pencarian pertolongan kepada psikolog. Setiap item pernyataan di nilai dengan skala likert 1-4, yang terdiri dari 1 (tidak setuju) hingga 4 (setuju), skor yang lebih tinggi mencerminkan sikap yang positif dalam menangani masalah kesehatan jiwa yang di alami. Konsistensi internal kuesioner ini $\alpha= 0,80$, artinya kuesioner ini cukup valid dan reliabel dalam mengukur sikap terhadap pencarian bantuan profesional dalam menangani masalah kesehatan jiwa.

j. Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen

Untuk validitas dan reliabilitas instrument penelitian dilakukan melalui dua tahap, antara lain:

1. Uji validitas dan reliabilitas butir menggunakan SPSS
2. Uji validitas dan realibilitas indikator terhadap variabel yang diukur menggunakan *Confirmatory Factor Analysis (CFA)* dengan alat ukur SmartPLS.

k. Analisis Data

Dari data yang sudah terkumpul, selanjutnya adalah melakukan analisis data. Analisa data menggunakan pendekatan SEM-PLS. Tujuan analisis ini untuk menentukan *Good of Fitness outer model*, menentukan *Good of Fitness iner model*, menentukan *R-Square*, *Effect Size*, dan menentukan *Q-square Predictive Relevance*. Sebelum analisis SEM dilakukan, terlebih dahulu melakukan CFA. Sebelum memulai penyelidikan hubungan antara variabel yang diamati dan laten dalam model

struktural, CFA dilakukan untuk memeriksa struktur sifat dari model pengukuran, yaitu, membaca penggunaan model strategi dan model uji. Setelah model pengukuran ditetapkan, kemudian melakukan analisis lebih lanjut untuk menguji hubungan dalam model struktural. Selanjutnya memeriksa hubungan antara laten dan variabel yang diamati dari tiga strategi yang digunakan dan membaca model uji kinerja. Model yang menghasilkan indeks terbaik dan sesuai akan dipilih sebagai model dasar yang digunakan dalam analisis SEM multi-kelompok berikutnya (Zhang, 2018).

1. Etika Penelitian

Etika penelitian yang dilalui dalam penelitian ini sebagai berikut (*American Nurse Assosiation*, 2001, *American Psychological Association*, 1982, dan Silva, 1995 dalam Burns & Grove, 2003):

- 1) *Self-determination*, responden berhak untuk tidak melanjutkan atau keluar dari penelitian yang dilakukan, tanpa memberikan dampak atau sanksi terhadap dirinya
- 2) *Privacy*, peneliti menghargai privasi responden selama penelitian
- 3) *Anonymity and Confidentiality*, merahaskan identitas diri pasien. Data yang diperoleh hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan.
- 4) *Fair Treatment*, setiap responden mendapatkan perlakuan yang sama
- 5) *Protection from Discomfort and Harm*, peneliti mencegah adanya perasaan tidak nyaman dan terluka.

BAB 5

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Penelitian Kualitatif

1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1 karakteristik Responden Penelitian Kualitatif

Partisipan	Usia	Jenis Kelamin	Asal Sekolah
P1	15 tahun	Perempuan	SMA N 9 Padang
P2	16 tahun	Perempuan	SMA N 9 Padang
P3	15 tahun	Perempuan	SMA N 9 Padang
P4	17 tahun	Perempuan	SMA N 15 Padang
P5	15 tahun	Perempuan	SMA N 15 Padang
P6	16 tahun	Perempuan	SMA Adabiah
P7	15 tahun	Perempuan	SMA 9 Padang
P8	15 tahun	Laki-laki	SMA 2 adabiah
P9	15 tahun	Laki-laki	SMA 2 Adabiah
P10	15 tahun	Laki-laki	SMA 2 adabiah

5.1.2 Analisa Tema

Hasil analisis yang dilakukan menghasilkan sebanyak 5 tema yang berkaitan dengan fenomena yang diteliti. Tema yang ditemukan merupakan identifikasi dari jawaban atas beberapa item pertanyaan yang menggambarkan seluruh esensi fenomena yang diteliti. Adapun tema yang teridentifikasi sebagai berikut:

1. Pengetahuan tentang gangguan jiwa
2. Keyakinan (Pandangan)
3. Sikap terhadap tenaga kesehatan jiwa
4. Sikap terhadap gangguan jiwa
5. Keyakinan budaya
6. Status sosial demografi

5.1.3 Penelitian Kuantitatif

1. Karakteristik responden

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik	n	f
Kelas :		
– 10	93	22.4
– 11	202	48.7
– 12	120	28.9
Usia :		
– Remaja awal	8	1.9
– Remaja menengah	372	89.6
– Remaja akhir	35	8.4
Jenis kelamin:		
– Perempuan	263	63.4
– Laki-laki	152	36.6
Pendidikan Ayah:		
– Rendah	105	25.3
– Menengah	223	53.7
– Tinggi	87	21.0
Pendidikan Ibu:		
– Rendah	101	24.3
– Menengah	235	56.6
– Tinggi	79	19.0
Hubungan dengan pasien GGJ		
– Keluarga	34	8.3
– Teman	36	8.7
– Orang lain	345	83.1

2. Gambaran Stigma (PMHSS), Sikap Terhadap Profesional Kesehatan (ATSPHS), Keyakinan Terhadap Gangguan Jiwa (BMI), Keyakinan Budaya (CBMHP), Pengetahuan (KFFMHS) dan Sikap (CAMI) Terhadap Gangguan Jiwa Pada Responden Remaja di Kota Padang

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Stigma, Sikap, Keyakinan, Keyakinan budaya, Pengetahuan dan Status Sosial Demografi Responden Remaja Di Kota Padang

Variabel	Mean	SD	Min-Maks	95% CI	Pv
PMHSS	72.59	7.921	41-107	71.82-73.35	0,389
ATSPHS	34.73	4.325	18-50	34.31-35.14	0,212
BMI	68.83	9.716	21-105	67.89-69.77	0,477
CBMHP	38.73	5.751	17-55	38.17-39.28	0,282
KFFMHS	27.90	7.656	6-52	27.26-28.64	0,376
CAMI	118.05	14.713	17-187	116.63-119.47	0,722

3. Distribusi rata-rata Stigma menurut status sosial demografi

Tabel 5.4 Distribusi rerata stigma menurut status sosial demografi

Karakteristik	Mean	SD	95% CI	Pv
Jenis kelamin				
Perempuan	72.68	7.45	71.77-73.58	0.758
Laki-laki	72.433	8.70	71.03-73.82	
Usia				
Remaja awal	75.50	14.72	63.57-87.43	0.337
Remaja menengah	72.40	7.81	71.61-73.20	
Remaja akhir	73.86	7.25	71.37-76.35	
Pendidikan ayah				
Rendah	72.44	7.76	70.94-73.94	0.009
Menengah	71.78	7.63	70.79-72.77	
Tinggi	74.83	8.72	72.9776.69	
Pendidikan ibu				
Rendah	72.59	7.63	71.09-74.10	0.025
Menengah	71.88	7.75	70.88-72.88	
Tinggi	74.67	8.50	72.77-76.57	
Hubungan remaja dengan pasien				
Keluarga	72.91	6.28	70.72-75.10	0.681
Teman	71.50	8.46	68.64-74.36	
Orang lain	72.67	8.02	71.82-73.62	

4. Hubungan stigma dengan pengetahuan, sikap terhadap profesional kesehatan, keyakinan budaya, keyakinan terhadap pasien gangguan jiwa, dan sikap terhadap pasien gangguan jiwa.

Tabel 5.4 Hubungan stigma dengan pengetahuan (KFFMHS), keyakinan terhadap pasien gangguan jiwa (BMI), keyakinan budaya (CBMHP), sikap terhadap tenaga kesehatan (ATSPHS), dan sikap terhadap pasien gangguan jiwa (CAMI)

Variabel	r	Pv
ATSPHS	0.311	0.005
BMI	0.505	0.005
CBMHP	0.247	0.005
KFFMHS	0.057	0.244
CAMI	0.021	0.667

5. Faktor yang paling berkontribusi menimbulkan stigma gangguan jiwa di kalangan remaja

Tabel 5.5 Analisis regresi faktor yang berhubungan dengan stigma

Variabel	Model I		Model II		Model III		Model IV		Model V		Model VI	
	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β	B	β
Pendidikan ayah	0.135	0.015	0.136	0.015	0.136	0.015	-	-	-	-	-	-
Pendidikan ibu	0.594	0.064	0.594	0.064	0.595	0.064	0.690	0.075	0.727	0.079	-	-
ATSPHS	0.235	0.129	0.236	0.129	0.237	0.130	0.238	0.130	0.240	0.131	0.248	0.136
BMI	0.371	0.455	0.371	0.455	0.371	0.456	0.371	0.456	0.368	0.451	0.368	0.452
CBMHP	0.003	0.002	0.068	0.003	-	-	-	-	-	-	-	-
KFFMHS	0.001	0.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMI	0.026	0.049	0.023	0.049	0.026	0.048	0.026	0.049	-	-	-	-
Constant	32.834		32.840		32.892		33.024		36.128		38.597	
R	0.528		0.528		0.528		0.528		0.526		0.520	
R ²	0.279		0.279		0.279		0.279		0.276		0.270	
F	22.485		26.297		31.633		39.615		52.334		76.280	

5.2 Luaran Yang Dicapai

Luaran yang dicapai belum terlaksana yaitu *submitted article* pada jurnal internasional bereputasi terindeks scopus atau jurnal nasional terakreditasi dan draft untuk pendaftaran kekayaan intelektual (HAKI)

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Gangguan jiwa merupakan suatu kondisi medis yang mempengaruhi pikiran, *mood*, perasaan, dan kemampuan seseorang untuk berhubungan dengan orang lain dan melakukan fungsi sehari-hari. Oleh karena itu, orang yang mengalami gangguan jiwa akan menunjukkan perilaku yang berbeda dengan orang normal pada umumnya. Hal ini banyak menimbulkan persepsi dan pandangan yang negatif terhadap penderita gangguan jiwa, pandangan ini akan memengaruhi sikap dan perilaku seseorang terhadap penderita gangguan jiwa. Hal inilah yang disebut dengan stigma dan akan melekat pada diri orang tersebut sehingga dapat berdampak negatif terhadap penderita gangguan jiwa itu sendiri. Misalnya mereka menjadi diabaikan, tidak dilibatkan dalam aktifitas, didiskriminasi hak-haknya serta menjauhi mereka (penderita gangguan jiwa). Remaja sebagai generasi muda dimana kelompok yang rentan mengalami gangguan jiwa harus memiliki pengetahuan dan sikap serta perilaku yang bagus terhadap masalah gangguan jiwa agar dapat terhindar dari koping maladaptif sehingga dapat bertumbuh menjadi generasi yang sehat jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Albery, P. I. & M. M. (2011). *Psikologi Kesehatan, Panduan Lengkap dan Komprehensif Bagi Studi Psikologi Kesehatan* (Cetakan I). Yogyakarta: PalMall.
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan*. (A. Y. S. Hamid & K. Ibrahim, Eds.) (Edisi In d). Elsevier.
- Alpaydin. (2004). *Introduction to Machine Learning*.
- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M. (2016). Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: Cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health*, *16*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2815-5>
- BKKBN. (2011). *Kajian Profil Penduduk Remaja*. Retrieved from www.bkkbn.go.id
- Bode, A. M., & Dong, Z. (2009). Cancer prevention research - then and now. *Nature Reviews. Cancer*, *9*(7), 508–16. <https://doi.org/10.1038/nrc2646>
- Bos, A., Kanner, D., Muris, P., Janssen, B., & Mayer, B. (2009). Mental Illness Stigma and Disclosure: Consequences of Coming out of the Closet. *Issues in Mental Health Nursing*, *30*(8), 509–513. <https://doi.org/10.1080/01612840802601382>
- Boyd, C., Francis, K., Aisbett, D., Newnham, K., Sewell, J., Dawes, G., & Nurse, S. (2007). Australian rural adolescents' experiences of accessing psychological help for a mental health problem. *Australian Journal of Rural Health*, *15*(3), 196–200. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2007.00884.x>
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, *10*, 80. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>
- Brown, S. A. (2017). The Effects of Direct-To-Consumer-Advertising on Mental Illness Beliefs and Stigma. *Community Mental Health Journal*, *53*(5), 534–541. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0121-z>
- Chang, C. C., Wu, T. H., Chen, C. Y., & Lin, C. Y. (2016). Comparing Self-stigma between People with Different Mental Disorders in Taiwan. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *204*(7), 547–553. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000537>
- Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., Jenkinson, D., & Birchwood, M. (2016). Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: The schoolspace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, *6*(2), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009435>
- Clark, W., Welch, S. N., Berry, S. H., Collentine, A. M., Collins, R., Lebron, D., & Shearer, A. L. (2013). California's historic effort to reduce the stigma of mental illness: The Mental Health Services Act. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 786–794. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301225>
- Conner, M. (2010). Cognitive Determinants of Health Behavior, 19–31. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-09488-5>
- Corrigan, P. W. (2015). Challenging the Stigma of Mental Illness: Different Agendas, Different Goals. *Psychiatric Services*, *66*(12), 1347–1349. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500107>

- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2013). The effects of news stories on the stigma of mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 179–182. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848c24>
- Creswell, J. (2009). Research Design. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Çuhadar, D., & Çam, M. O. (2014). Effectiveness of Psychoeducation in Reducing Internalized Stigmatization in Patients With Bipolar Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 62–66. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008>
- Darnton, A., & Sustainable, C. (2008). GSR Behaviour Change Knowledge Review Reference Report : An overview of behaviour change models and their uses Development , University of Westminster, (July).
- Dey, A., & Learning, A. S. (2016). Machine Learning Algorithms : A Review, 7(3), 1174–1179.
- DITJEN KESWA. (2014). *Rencana Aksi Kegiatan Tahun 2015-2019 Direktorat Bina Kesehatan Jiwa*.
- Emilia, O. (2008). *Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*. (D. Gofir, Abdul & Nirmala, Ed.) (Cetakan Pe). Yogyakarta.
- Fishbein, M., & Cappella, J. N. (2006). The Role of Theory in Developing Effective Health Communications. *Journal of Communication*, 56(s1), S1–S17. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00280.x>
- Fitzpatrick, J. J. (2015). The Continuing Stigma of Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 133. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.04.001>
- Fontaine, K. . (2009). *Mental Health Nursing* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Fung, E., Lo, T. L., Chan, R. W. S., Woo, F. C. C., Ma, C. W. L., & Mak, B. S. M. (2016). Outcome of a Knowledge Contact – based Anti- stigma Programme in Adolescents and Adults in the Chinese Population. *East Asian Arch Psychiatry*, 26, 129–136.
- Garzon, D. L. (2018). Coping and Stress Tolerance: Mental Health and Illness. In *Pediatric Primary Care* (6th ed., pp. 355–385). Elsevier Inc. Retrieved from <http://www.clinicalkey.com/nursing/#!/content/book/3-s2.0-139780323243384000/95?scrollt0=%23h10000892>
- Garzon, D. L., & Dunn, A. M. (2018). Developmental Management of Adolescents. In *Pediatric Primary Care* (6th ed., pp. 121–139). Elsevier Inc.
- Goffman, E. (1963). *STIGMA: Notes on the Management of Spoiled Identity*. England: Penguin Group.
- Goodwin, J., Savage, E., & Horgan, A. (2016). Adolescents’ and Young Adults’ Beliefs about Mental Health Services and Care: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 636–644. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.004>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>

- Hinshaw, S. P. (2007). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Hodes, M., & Gau, S. S. F. (2016). Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents. In *Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents* (pp. 1–288).
<https://doi.org/10.1016/C2015-0-00449-X>
- Janoušková, M., Tušková, E., Weissová, A., Trančík, P., Pasz, J., Evans-Lacko, S., & Winkler, P. (2017). Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *European Psychiatry, 41*, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.008>
- Kemenkes, B. penelitian D. pengembangan. (2013). Riset Kesehatan Dasar.
- KEMENKES RI. (2017). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/article/view/16111500002/germas-wujudkan-indonesia-sehat.html>
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Krieger, J. L., & Sarge, M. a. (2013). A serial mediation model of message framing on intentions to receive the human papillomavirus (HPV) vaccine: revisiting the role of threat and efficacy perceptions. *Health Communication, 28*(January), 5–19.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2012.734914>
- Kusumawardani, N. dkk. (2015). Perilaku Berisiko Kesehatan Pada Disusun oleh.
- Lee, H., & Schepp, K. G. (2013). Lessons Learned From Research With Adolescents With Schizophrenia and Their Families. *Archives of Psychiatric Nursing, 27*(4), 198–200.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.03.002>
- Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review, 52*(1), 96. <https://doi.org/10.2307/2095395>
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of Fear and Loathing: The Role of “Disturbing Behavior,” Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior, 41*(2), 208.
<https://doi.org/10.2307/2676306>
- Mccann, T. V., Renzaho, A., Mugavin, J., & Lubman, D. I. (2017). Stigma of mental illness and substance misuse in sub-Saharan African migrants: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12401>
- Model, A. C., & Community, O. F. (2001). SECTION I.
- Moses, T. (2014). Determinants of mental illness stigma for adolescents discharged from psychiatric hospitalization. *Social Science and Medicine, 109*, 26–34.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.032>
- Nabors, L. A., & Prodent, C. A. (2002). Evaluation of Outcomes for Adolescents Receiving School-Based Mental Health Services. *Children’s Services, 5*(2), 105–112.
https://doi.org/10.1207/S15326918CS0502_04
- NIMH. (2017). *Mental Illness*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
- Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan* (Cetakan Ke). Jakarta: Rineka Cipta.

- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2010). *Fundamental of Nursing* (7th ed.). Singapore: Elsevier Inc.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental of Nursing: Fundamental Keperawatan*. (D. Sjabana, Ed.) (7th Buku 1). Indonesia: Salemba Medika.
- Rayan, A., & Jaradat, A. (2016). Stigma of Mental Illness and Attitudes Toward Psychological Help - seeking in Jordanian University Students. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 4(1), 7–14. <https://doi.org/10.12691/rpbs-4-1-2>
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 Labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research*, 7, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-97>
- Russell, S. ., Norvig, P., Canny, J. ., Malik, J. ., & Edwards, D. . (n.d.). *Artificial Intelligence: A Modern Approach* (vol. 2). Prentice hall Englewood Cliffs.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis* (3th ed.). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Scharf, M., & Mayseless, O. (2007). Putting Eggs in More Than One Basket: A New Look at Developmental Processes of Attachment in Adolescence. In R. W. Larson & L. A. Jensen (Eds.), *Attachment in Adolescence: Reflection and New Angles* (pp. 1–22). Michigan: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/cd>
- Sewilam, A. M., Watson, A. M. M., Kassem, A. M., Clifton, S., McDonald, M. C., Lipski, R., ... Nimgaonkar, V. L. (2015). Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 111–120. <https://doi.org/10.1177/0020764014537234>
- Shives, L. R. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Soerachman, R. (2007). *GLOBAL SCHOOL - BASED STUDENT HEALTH SURVEY (GSHS) INDONESIA 2007* (Vol. 25). Indonesia.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Singapore: Mosby Elsevier.
- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. (B. A. Keliat & J. Pasaribu, Eds.) (1th Buku 2). Indonesia: Elsevier Singapore.
- Sweeney, G. M., Donovan, C. L., March, S., & Forbes, Y. (2015). Logging into therapy: Adolescent perceptions of online therapies for mental health problems. *Internet Interventions*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.12.001>
- Trihono. (2018). *Laporan Kemajuan PIS-PK: Peringkat Berapakah Aku?* Retrieved from www.kanal-kesehatan.com/5270-peringkat-berapakah-provinsi-anda-dalam-pispk-dia-akhkr-februari-2018
- Vance, M. E., & Keele, B. (2013). Development and validation of the cervical cancer knowledge and beliefs of Appalachian women questionnaire. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3), 477–501.
- Varcarolis, E. M. (2013). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care Revised Reprint* (2nd ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: a Clinical Approach*. (J. Ferguson, Ed.) (6th ed.). St. Louis, Missouri:

Saunders Elsevier.

- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 40–50.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- WHO. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2030. WHO.
<https://doi.org/WorldHealthOrganization2013WHO/NMH/MSD/2013.1>
- WHO. (2015a). Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents. Volume 3: Standards and Criteria, 4. Retrieved from
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf?ua=1
- WHO. (2015b). The Global Strategy for Women's and Children's and Adolescents' Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform. *United Nations, 1*, 1–108.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001; Mental Health: New Understanding, New Hope*. 1211 Geneva 27, Switzerland,.
- World Health Organization. (2015). GLOBAL STANDARDS FOR QUALITY HEALTH-CARE SERVICES FOR ADOLESCENTS Volume 2: Implementation guide, 2, 1–16. Retrieved from
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/4/9789241549332_vol2_eng.pdf
- World Health Organization. (2017). *Mental Health Status of Adolescents in South-East Asia: Evidence for Action*. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/254982>
- Xu, X. (2009). Health motivation in health behavior : Its theory and application.
- Yap, M. B. H., Reavley, N., & Jorm, A. F. (2012). Young people's beliefs about preventive strategies for mental disorders: Findings from two Australian national surveys of youth. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 940–947.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.003>
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: Findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry Research, 188*(1), 123–128.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.014>
- Zhang, L. (n.d.). *Metacognitive and Cognitive Strategy Use in Reading Comprehension*.
https://doi.org/10.1007/978-981-10-6325-1_5